Série 5. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 37.

DES FORMES CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 8 Août 1883

PAR

A. DUCAU

Né à Illats (Gironde), le 3 Janvier 1854.

Examinateurs de la Thèse : MM. PITRES, *Président.*
DUPUY, *Professeur.*
GERVAIS-KOYSIEWICZ, SOLLES, *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & Cie
16 — rue Cabirol — 16

1883

Série 5. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 37.

DES FORMES CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 8 Août 1883

PAR

A. DUCAU

Né à Illats (Gironde), le 3 Janvier 1854.

Examinateurs de la Thèse : MM. PITRES, *Président.* — DUPUY, *Professeur.* — GERVAIS-KOYSIEWICZ, SOLLES, *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & C^ie^
16 — rue Cabirol — 16
1883

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DÉNUCÉ..... Doyen.

PROFESSEURS :

Anatomie	MM.	BOUCHARD.
Physiologie		ORÉ.
Physique		MERGET.
Chimie		MICÉ.
Histoire naturelle		GUILLAUD.
Pathologie générale		VERGELY.
Pathologie interne		DUPUY.
Pathologie externe		AZAM.
Anatomie pathologique		COYNE.
Histologie et anatomie générale		VIAULT.
Médecine opératoire		MASSE.
Pharmacie		FIGUIER.
Thérapeutique		De FLEURY.
Hygiène		LAYET.
Médecine légale		MORACHE.
Médecine expérimentale		JOLYET.
Matière médicale		PERRENS.
Clinique médicale		PITRES. PICOT.
Clinique chirurgicale		DENUCÉ. LANELONGUE.
Clinique obstétricale		MOUSSOUS.
Clinique ophthalmologique		BADAL.

AGREGÉS EN EXERCICE

MM. ARNOZAN	MM. BOURSIER	MM. POINSOT
RONDOT	LEFOUR	TESTUT
LANDE	DUDON	CARLES
SOLLES	DEMONS	PÉRIER
ARMAINGAUD	GERVAIS KOYSIEWICZ	PLAREZ

MAITRES DE CONFÉRENCES

Physique	MM. BERGONIÉ.	Histoire naturelle	MM. PÉRIER.
Chimie	CARLES.	Accouchements	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants	MM. NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants	BITOT.
Maladies vénériennes	VENOT.
Maladies mentales	TAGUET.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON ONCLE, O. DUBREY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR PITRES

Professeur de clinique interne.

INTRODUCTION

Dans ces dernières années, l'occasion nous a été fournie de pouvoir suivre de près un certain nombre de sujets atteints de tuberculose laryngée. Leurs observations, soigneusement relevées, nous ont conduit à ce résultat inattendu : que la marche adoptée par la plupart des auteurs dans l'étude de cette affection est loin d'être toujours justifiée et qu'il est nécessaire, si l'on veut rester sur le terrain clinique, de la faire rentrer dans la règle nosologique à laquelle elle ne fait pas exception. Cette règle, presque généralement respectée, est celle qui a guidé les auteurs dans la description des divers autres états morbides, en particulier de la phtisie pulmonaire, et d'après laquelle ils s'accordent à leur reconnaître deux formes principales : l'une aigue, l'autre chronique.

Ce travail n'a d'autre but que l'application de ce principe à l'étude de la *Tuberculose laryngée* ; en même temps les questions relatives au pronostic et au traitement y seront successivement agitées, parce que, si le nombre des monographies où ces questions ont été traitées est considérable,

aucune d'elles ne saurait s'attribuer le mérite de les avoir jugées en dernier ressort.

Cette étude comprendra donc trois parties.

Dans la première, nous considérerons la tuberculose laryngée sous ses diverses formes cliniques : aigue, subaigue et chronique. Contrairement à quelques auteurs, nous nous sommes attaché plutôt à restreindre qu'à multiplier les variétés de la laryngite tuberculeuse, persuadé qu'il valait mieux se montrer sobre de divisions et que, par ce moyen, cette étude ne pouvait que gagner en netteté et en précision. Sera-ce là un motif suffisant pour ne pas signaler, le cas échéant, la marche parfois insidieuse et les modalités nombreuses que peut subir le processus pathologique ? En aucune façon. Mais ces modifications elles-mêmes ne nous ont pas paru mériter une description spéciale et nous avons trouvé plus conforme à l'ordre habituel des faits de les ramener à trois types principaux.

Dans la seconde partie, il sera facile de démontrer que cette classification n'est pas seulement vraie en ce qu'elle qualifie exactement l'évolution du processus tuberculeux, mais qu'elle répond aussi bien à son pronostic, lequel peut différer presque totalement dans l'un ou l'autre cas ; à ce titre, la détermination rigoureuse de la forme présentait une réelle importance, surtout si l'on doit admettre avec Pidoux que « le pronostic c'est toute la médecine. »

Enfin, la troisième partie aura pour objet de rechercher au milieu d'un nombre presque infini de médicaments ceux qui semblent le mieux répondre aux indications immédiates ou médiates, et, en outre, de faire connaître ceux dont nous avons jusqu'à présent retiré les meilleurs effets.

Tel est le cadre que nous nous sommes tracé : nous nous efforcerons de le remplir dans la mesure de nos moyens.

Mais devant un pareil sujet, désireux de suppléer en partie à une courte expérience, nous n'avons pas cru devoir nous abandonner à nous-même, nous avons recueilli et rassemblé le plus grand nombre de documents possible, afin de donner à notre langage l'autorité qui, sans eux, pourrait lui faire défaut.

On trouvera donc naturel qu'ayant fréquemment l'occasion d'invoquer le témoignage des auteurs, nous allions puiser aux différentes sources qu'ils alimentent.

Or, ces sources appartiennent à deux catégories bien distinctes : l'une, dans laquelle il convient de ranger tous les travaux qui ont précédé la découverte du laryngoscope; l'autre, embrassant tous ceux qui l'ont suivie ; seuls ces derniers peuvent être utilisés par nous avec quelque profit.

Dès lors, nos recherches bibliographiques se sont trouvées en quelque sorte circonscrites et n'ont guère dû remonter au delà de l'époque où Czermack et Türck, en vulgarisant la laryngoscopie, apportèrent à l'étude des maladies du larynx le seul moyen de les bien observer, et de les bien connaître.

On comprend, en effet, combien les écrits qui ont vu le jour avant cette époque perdent de leur valeur, à cause de leur insuffisance presque absolue en données anatomo-pathologiques et surtout cliniques. L'unique intérêt qui s'attache aux noms de leurs auteurs se réduit à un souvenir historique et c'est à ce titre seulement qu'ils mériteront de figurer ici.

Aux documents qui sont le fruit de ces recherches, nous avons la bonne fortune d'en pouvoir ajouter d'autres entièrement inédits. En effet, nous avons été encouragé et secondé dans l'accomplissement de notre tâche, par des communications importantes que des maîtres, pour la plupart déjà illustres, nous ont transmises avec une bien-

veillance qui nous honore et dont nous leur garderons une sincère et profonde gratitude. Que Messieurs Ariza, de Madrid ; Léo Bayer et Capart, de Bruxelles ; Coupard, chef de clinique du docteur Fauvel ; Maurice Schmidt, de Francfort ; Schrötter, professeur à l'Université de Vienne ; Zawerthal, de Rome, reçoivent tous nos remerciments pour les faits nouveaux qu'ils ont mis libéralement à notre disposition et pour les considérations intéressantes dont ils les ont fait suivre.

Enfin, nous sommes heureux de reconnaître que cette étude a été entreprise sous l'inspiration et avec le concours éclairé de notre ami, le docteur Moure.

La reconnaissance veut que nous lui dédions ce travail.

DES

FORMES CLINIQUES

DE LA

TUBERCULOSE LARYNGÉE

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

HISTORIQUE

A dater de Morgagny (1) qui pose les premiers jalons, de Double (2), de Sauvée (3) et surtout de Laignelet (4), dont la monographie est déjà plus complète, jusqu'à Trousseau et Belloc (5), Colombat (6), Dufayet de Latour (7) et Sestier (8), tous les auteurs sans exception embrassent dans une description commune les différentes affections du larynx, quelle que soit leur origine, qu'elles ressortissent à la tuberculose, à la syphilis, au typhus laryngé, au cancer ou à une tumeur quelconque. Il en résulte une confusion fâcheuse qui rend absolument stériles, au point de vue qui nous guide, les travaux de Cheyne (9), de Pa-

(1) Epist. 13 et 15, 1764.
(2) Mémoire sur la phth. laryngo-trachéale, Paris. 1806.
(3) De la phth. laryngée. Th. Paris, 1806.
(4) Recherches sur la phth. laryng. Th. Paris, 1806,
(5) Mémoire sur la phth. laryng. Paris, 1837.
(6) Tr. des mal. et de l'hygiène des organes de la voix. 2e éd. Paris, 1838.
(7) De la phth. laryng. Th. nº 95. Paris, 1848.
(8) Traité de l'angine laryngée œdémateuse. Paris, 1852.
(9) The path. of the membr. of larynx and Trach. Edimbæ., 1869.

pillon (1), de Lépine (2), de Pravez (3), de Borsieri (4) et des classiques compris dans cette période. C'est l'avis du professeur Grisolle (5) qui, à l'occasion des cas de guérison relatés dans leur mémoire par Trousseau et Belloc, s'exprime en ces termes : « Je dirai même que les sept observations que MM. Trousseau et Belloc ont rassemblées comme des exemples de tuberculose laryngée ne sont point concluantes, puisque s'il était vrai qu'il n'existait aucun tubercule pulmonaire, il n'est pas aussi bien démontré pour moi qu'il n'y ait pas eu là un des effets de l'affection vénérienne. » Telle est la raison qui ne nous permet pas d'en tirer profit.

Le moment serait venu de démontrer que Louis (6), Monneret et Fleury (auteurs du *Compendium*), Empis (7) et d'autres encore, avaient eu tort de nier la présence du tubercule dans la laryngite ulcéreuse des phtisiques ; ce serait peine perdue, car, d'une part, les recherches micographiques de Rokitansky (8), de Tobold (9) et de Virchow (10), en Allemagne, celles de Hérard et Cornil (11), de Thaon (12) et de Doléris (13), en France, et, d'autre part, les faits cliniques rapportés par Tüsch (14) et Isambert (15),

(1) Du larynx et de la phth. laryng. Th. Paris, 1812.
(2) De la phth. laryng. Th. Paris, 1816.
(3) De la phth. laryng; Th. Paris, 1824.
(4) Instit. médic. pratic. Berolini, 1826.
(5) Traité de path. int^e. T. I, p. 360. Paris, 1862.
(6) Recherches anatomo-path. sur la phthisie. Paris 1843.
(7) De la granulie. Paris, 1865.
(8) Traité d'anat. path. Vienne, 1854.
(9) Die chron. kehlk. Berlin, 1866.
(10) Pathologie des tumeurs. Trad. par Aronsshon t. III, p 66 et suiv.
(11) De la phth. pulm. Paris, 1867.
(12) Recherches sur l'anat. path de la tuberculose. Paris, 1873.
(13) Archives de phisiologie. 2^e série, t. IV. Paris, 1877.
(14) Recherches cliniques sur les diverses mal. du larynx, etc. Paris, 1862.
(15) Conférences cliniques, etc. Paris, 1877.

pour ne citer que ces noms, ont depuis longtemps fait justice d'une pareille assertion.

Nous arrivons immédiatement à l'année 1858, où la découverte du laryngoscope par Manuel Garcia pouvait faire espérer que la pathologie laryngée allait entrer dans une voie nouvelle et acquérir un degré de précision qui, jusque-là, lui avait manqué. Cependant, en cette circonstance, elle profita peu à Türck, qui se contenta de décrire succinctement comme maladies du larynx, chez les phtisiques : 1° des ulcérations ; 2° une inflammation catarrhale.

Que si, avant cet auteur, Rhüle (1), de Berlin, signala une forme aiguë et une forme chronique, la description qu'il en donne révèle le peu de netteté de ses idées. Toutefois, cette division mérite d'être conservée en principe, comme étant celle qui s'accorde le mieux avec les faits observés.

Après Türck, Forest (2) se borne à discuter l'existence de la laryngite tuberculeuse primitive.

Toujours secondaire, la tuberculose du larynx, d'après Niemeyer (3), revêt deux formes : la tuberculose par infiltration et la tuberculose miliaire. A l'histoire de cette dernière, se rattache le nom d'Isambert qui, agrandissant le cadre nosologique, en a, le premier, bien tracé les caractères, et celui de Barth (4), qui les complétait, en 1880, dans un mémoire recommandable à juste titre. Puis viennent les travaux de Mandl (5), de Deel (6), de Noël Gue-

(1) Die kehlkopfskranheiten. p. 261. Berlin, 1861.

(2) De la laryngite ulcéreuse. Th. n° 11. Paris, 2883.

(3) Eléments de path. interne, traduite de l'all., par MM. Culmann et Ch. Sengel, t. I. Paris, 1869.

(4) De la tub. du larynx et de l'angine tub. Paris, 1880.

(5) Traité prat. des mal. du larynx. Paris, 1872.

(6) De la pht laryng. Th. n° 257. Paris, 1872.

neau de Mussy (1), de Bergeaud (2), de Krishaber et Peter (3), de P. Koch (4), d'E. et J. Bœckel (5) et de Capart (6), dans lesquels on trouve la maladie exposée par périodes, mais non sous ses formes cliniques ou méconnues ou passées sous silence. M. Deel (7), toutefois, assure, et d'autres l'ont fait depuis, que la phtisie laryngée est une affection essentiellement chronique.

M. Pelan (8) ne retranche rien de l'enseignement d'Isambert, mais M. Bordenave (9) pose en principe que la forme aiguë est consécutive le plus souvent à la granulie du pharynx (tuberculose miliaire aiguë d'Isambert) et que la forme chronique a un processus lent. Entre ces deux formes, ajoute cet auteur, il existe toute une série d'intermédiaires qui font varier la marche, les symptômes, etc., mais qui n'enlèvent point à la maladie sa physionomie ordinaire. C'est la division renouvlée de Rhüle. Nous la trouvons encore reproduite par M. Lavenère-Lahont (10) et par le docteur Sokolowsky (11), qui attribue en outre à l'affection une allure grave et une allure légère.

Les traités classiques, ceux de Laveran et Tessier (12),

(1) Clinique médicale, t. I, Paris, 1874.

(2) Recherches sur la nature et le trait. des manifestations laryng. de la tuberculose. Th. n° 390. Paris, 1873.

(3) Dict. encycl. des sc. méd. 2me série, t. I, art. larynx.

(4) De la pht. laryng. Th. de Nancy, mai 1875.

(5) Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., t. XX, 1875.

(6) Essai sur la laryngite ulcéreuse des phtisiques. Th. Bruxelles, 1875.

(7) De la pht. laryng. Th. n° 357. Paris, 1872.

(8) Étude clinique sur la pht. lar. Th. n° 223. Paris, 1878.

(9) De la laryngite tuberculeuse, etc. Th. n° 424. Paris, août 1878.

(10) Des troubles fonctionnels de la tub. lar. chron. Th. Paris, 1880.

(11) Quelques remarques sur les complications laryngées de la phth. pulm. Th. Paris, 1880.

(12) Nouv. éléments de path. et de clin. médicale. T. II, Paris, 1879.

de Lebert (1) ne font pas mention des formes à proprement parler et reproduisent l'opinion commune et également acceptée par MM. Cadier (2), Tessier (3) et Morell-Mackenzie (4).

Au Congrès International de laryngologie de Milan, M. le docteur Scmidt (5), de Francfort, propose une classification nouvelle. « Je distingue, dit-il, trois formes : la première est la *chordite vraie de la corde vocale inférieure*. Elle n'est pas caractéristique de la phtisie, puisqu'elle peut être également catarrhale ou syphilitique.

» La seconde et la troisième formes sont les ulcérations superficielles et profondes. » Il tombe sous le sens que nous n'avons pas encore sous les yeux des modalités cliniques, mais simplement des degrés dans la marche des lésions.

La même remarque s'applique aux divisions de Biefel (6) et de Joal (7). Ce dernier néanmoins, en déclarant « que la forme rapide est la plus commune », laisse supposer qu'en fait il se rallie à la distinction déjà faite par Rhüle.

La classification de M. Gouguenheim (8) repose sur les données fournies par l'examen laryngoscopique. C'est là un réel avantage ; il est vrai de dire que cet avantage est singulièrement atténué par la multiplicité des formes

(1) Traité clinique et pratique de la pht. pulm. et des mal. tub. des divers organes. Paris, 1879.

(2) Manuel de laryngoscopie. Paris, 1880.

(3) Syphilis et tuberculose dans le larynx. Th. n° 44, Paris, février 1881.

(4) Traité pratique des maladies du larynx, trad. de l'anglais par Moure et Bertier, Paris, 1882.

(5) Compte-rendu publié par Ch. Labus, troisième séance, 1882.

(6) Saint-Petersb. Med. Wochenschrift. n° 32. Arch. für Klin. Med. XXX, 5, 6. 1882.

(7) Des lésions du larynx chez les tuberculeux. Paris, 1882.

(8) De la laryngite tuberculeuse. Leçons recueillies par M. Lebreton, interne. Paris, 1881.

reconnues, d'où naît peut-être un peu de confusion. Pour cet auteur, en effet, il existe :

1° Une laryngite généralisée bénigne primitive ;
2° Une laryngite généralisée bénigne consécutive ;
3° Une laryngite généralisée grave même primitive ;
4° Une laryngite tuberculeuse généralisée grave consécutive ;
5° Une laryngite circonscrite bénigne primitive ;
6° Une laryngite circonscrite bénigne consécutive ;
7° Une laryngite circonscrite grave primitive ;
8° Une laryngite circonscrite grave secondaire.

Si une telle coordination des faits est propre à rendre leur étude complexe, la division, proposée par M. le docteur L. Bayer (1), de Bruxelles, est loin d'entraîner un semblable reproche. « Je distingue, nous écrit M. Bayer, deux *formes cliniques* de phtisie laryngée : 1° une phtisie laryngée à caractère de *métamorphose progressive* ;
2° Une phtisie laryngée à caractère de *métamorphose régressive.*

La première seule est susceptible d'un traitement efficace et d'une guérison complète, de telle sorte qu'il ne reste plus trace de l'affection et que le malade, auparavant aphone, recouvre entièrement la voix. « L'auteur, pour appuyer son affirmation, nous adresse quelques faits inédits que nous reproduirons plus tard. Il continue en ces termes : « Cette forme débute par des ulcérations catarrhales, par des fissures inter-aryténoïdiennes, sous l'influence d'attouchements intempestifs du larynx, atteint

(1) Lettre particulière du 31 août 1882. — Cette division est inédite ainsi que les réflexions qui la complètent.

de catarrhe inflammatoire par exemple, à l'aide du galvano-cautère ou de caustiques énergiques ; alors que l'on devrait se borner à instituer un régime comvenable et à donner des soins palliatifs. Les plaies et les ulcères se recouvrent de granulations, les tissus sous-jacents deviennent infiltrés et s'hypertrophient, il se forme des périchondrites hyperplasiques et, à la longue, un rétrécissement du larynx qui occasionne de la dyspnée et la mort par suffocation, si la trachéotomie ne la prévient pas.

Tout autre est la seconde forme. Ici, les ulcérations prennent le caractère d'atonie, elles sont rongeantes, elles entraînent des pertes de substance profondes et occasionnent des périchondrites destructives, avec carie, nécrose, œdême, etc. L'affectation générale est également plus prononcée, elle prend une marche plus rapide et les fonctions physologiques se trouvent fortement altérées. Dans certains cas (j'en ai dernièrement observé deux, identiquement les mêmes), j'ai vu cette phtisie du larynx accompagnée d'une très forte albuminurie, d'un engorgement énorme du foie et de l'infiltration des poumons. J'ai attribué ces symptômes à une dégénérescence amyloïde du foie et des reins ; malheureusement l'autopsie ne fut pas autorisée. »

En somme, lo phtisie laryngée à métamorphose progressive, décrite par le docteur Bayer, pourrait aussi bien s'appeler hypertrophique et la phtisie à métamorphose régressive pourrait prendre le nom d'ulcéreuse. On verra par la suite que la première semble presque toujours rèpondre à la forme chronique, tandis que la seconde paraît s'accorder plus souvent avec la forme aiguë.

Tel est l'exposé aussi court que possible des principales opinions émises au sujet des formes de la phymie laryngée. Pour être complet, ce travail devrait en outre ren-

fermer l'historique des diverses médications, mais on conçoit combien serait longue et peu variée une pareille énumération qui n'apporterait aucun avantage pour la pratique. Nous nous réservons simplement d'exposer au chapitre du traitement, les méthodes thérapeutiques les plus usuelles et les plus propres à rendre quelques services.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER.

Définition. — La tuberculose laryngée est caractérisée par le développement primitif ou secondaire de tubercules dans le larynx, soit sous forme de granulations, soit sous forme d'infiltration caséeuse, avec tendance ordinaire à l'ulcération et à la destruction des tissus.

I. — Classification. Tuberculose laryngée primitive ; tuberculose laryngée secondaire ; laryngite des tuberculeux.

En parcourant les nombreux ouvrages consacrés à l'étude de la tuberculose laryngée, on a pu se convaincre sans peine qu'ils partagent le défaut commun de ne pas l'envisager dans ses modes même d'évolution générale de manière à en saisir et dégager avec fruits les formes cliniques qui s'y rattachent. Cependant rien n'est plus certain que la variabilité dans les caractères du processus tuberculeux. Beaucoup d'auteurs l'ont compris. Les uns, et c'est le plus grand nombre, se sont plu à le considérer dans ses

rapports chronologiques avec la manifestation tuberculeuse dans les autres organes, principalement dans les poumons; ils ont distingué une laryngite tuberculeuse primitive, secondaire ou tardive, selon qu'elle est apparue avant la tuberculose pulmonaire, en même temps qu'elle ou à un moment quelconque de son évolution ; les autres, admettant les données précédentes, ou n'en tenant pas compte, se sont contentés de signaler les divers stades ou périodes, qu'on a bien fait de conserver pour plus de simplicité dans les descriptions. Ceux-ci n'ont eu en vue que la manière d'être du tubercule qui tantôt affecte la forme granuleuse et tantôt se montre à l'état de produit caséeux ; ceux-là, de l'état circonscrit ou confluent, superficiel ou profond des lésions existantes ont inféré la bénignité ou la gravité de la maladie. Mais à vrai-dire aucune de ces conceptions ne satisfait pleinement l'esprit : les unes sont incomplètes, les autres insuffisantes.

Toutefois l'opinion la plus accréditée aujourd'hui est celle qui affirme l'existence d'une laryngite tuberculeuse primitive et d'une laryngite tuberculeuse secondaire ou consécutive.

A. — *Tuberculose laryngée primitive.* — La tuberculose laryngée est *primitive* ou *initiale* lorsque l'éclosion de tubercules dans le larynx précède d'un temps plus ou moins long leur apparition dans les poumons. Cette forme n'est pas encore aujourd'hui acceptée sans conteste; nous l'avons vue mise en doute par Forest et niée par Louis, Heinze (1), Krishaber, Voltolini (2) et Fraenkel (3), de Hambourg. « Elle n'existe jamais, dit ce dernier; en effet, chez quelques malades où l'auscultation et la per-

(1) Cité par Mackenzie, p. 500.
(2) Congrès de Londres, séance du 3 août, 1882.
(3) Congrès de Londres, même séance.

cussion ne donnaient aucun renseignement et chez lesquels on se croyait en présence d'une tuberculose laryngée primitive, l'autopsie a démontré l'existence de lésions tuberculeuses dans les poumons. Il est évident que ce fait a dû se reproduire dans bien des cas analogues. »

D'un autre côté, nous voyons des hommes d'un égal mérite, tels que Cruveilhier, Mandl, Noël Guéneau de Mussy, Lebert, Solis-Cohen, etc., avancer des idées diamétralement opposées. D'ailleurs, pouvait-il en être différemment? Tandis qu'il est admis, en général, que les tubercules peuvent, contrairement à la loi énoncée par Louis, envahir d'emblée d'autres organes que les poumons (1), pourquoi le larynx, ce terrain affectionné entre tous du néoplasme tuberculeux (2), que Virchow « recommande précisément à tous ceux qui veulent étudier le tubercule vrai », pourquoi donc le larynx ne serait-il pas atteint primitivement par la diathèse phymique? Voilà ce qu'on n'explique pas, et cependant il eut suffi, pour trancher la question, d'en appeler aux faits cliniques. Si, dans son traité sur la phtisie pulmonaire, Lebert se prononce clairement en faveur de la phtisie laryngée primitive, c'est qu'il en a « observé un certain nombre de cas *cliniquement* et *anatomiquement.* » On en trouve un exemple

(1) Lebert déclare « que les organes les plus divers peuvent présenter en premier lieu, et avant les poumons, la localisation tuberculeuse. » *Loc. cit.* p. 5.

(2) Suivant Niemeyer (éléments de path. int., p. 36), dans la moitié des cas de tuberculose avancée du poumon, il existe des ulcères dans le larynx ; suivant Isambert (*loc. cit.* p. 183) dans la moitié, peut-être même dans les deux tiers ;

D'après Joal (*loc. cit.* p. 17), les phtisiques ont de la tuberculose laryngée dans un cinquième des cas ; — d'après Louis, cité par Lebert, la proportion est de 25 p. 100 ; — enfin sur 100 cas de phtisie pulmonaire examinés au *London hospital*, Morell-Mackenzie (*loc. cit.* p. 500) a trouvé 33 exemples de phymie laryngée.

dans la thèse du docteur Capart (1) et un autre, avec autopsie, est rapporté dans les *Annales des maladies des oreilles et du larynx*, par M. Lancereaux (2).

Enfin, récemment encore, M. le docteur Solis-Cohen (3) présentait à la « Philadelphia County médical Society » un specimen de cette forme de laryngite, survenue chez un homme de quarante-cinq ans et deuxième cas seulement rencontré dans sa pratique. C'est que, toute rare qu'elle est, son existence n'est pas moins indubitable et deux fois déjà nous avons eu nous-même occasion de l'observer. Mais est-il permis d'aller plus loin; doit-on, à l'exemple de M. Gouguenheim, admettre que « le larynx peut être envahi *isolément* comme tous les autres organes » et décrire une laryngite tuberculeuse *isolée* et distincte de la laryngite initiale? Tel n'est pas notre avis. Pour qu'il en fut ainsi, il serait nécessaire que la lésion tuberculeuse restât indéfiniment localisée au larynx, sous peine de se confondre avec la forme primitive. Or, bien peu d'auteurs jusqu'ici inclinent à le croire, et il est vrai de dire que nul fait probant ne vient confirmer l'opinion de M. Gouguenheim. Que, sous l'influence d'une médication longtemps continuée, une tuberculose laryngée initiale vienne à disparaître complètement et que, grâce à un régime rigoureusement suivi, le sujet finisse par acquérir une sorte d'immunité relative qui mette pour ainsi dire ses organes pulmonaires à l'abri des atteintes du mal, il ne nous répugnerait pas à la rigueur d'y croire; et, en pareil cas, l'on pourra, si on veut, appeler isolée cette variété de laryngite ulcéreuse. Mais, à notre avis, ce malade ne reste pas moins en puissance de la diathèse tuberculeuse et, n'étaient les conditions

(1) Essai sur la laryngite ulcéreuse des phtisiques, Bruxelles, 1877.
(2) Ann. des mal. du larynx et des oreilles, 1881, p. 338.
(3) Philadelphia med. Times vol. XII, 8 avril 1882.

spéciales de régime et de traitement auxquelles il s'est volontiers soumis, cette dernière, qui avait trouvé dans le larynx le *locus minoris resistentiæ*, ne tarderait pas à manifester à nouveau, en d'autres points de l'organisme, son action puissante et funeste. Pour le moment donc, il nous semble beaucoup plus sage de faire des réserves et jusqu'à preuve contraire, nous continuerons, avec la généralité des auteurs, à regarder la tuberculose laryngée initiale comme la *première manifestation* de la diathèse tuberculeuse. Par conséquent la forme isolée et la forme primitive ne faisant qu'une seule et même maladie, nous pensons que la distinction proposée par M. Gouguenheim est au moins inutile, sinon mal fondée.

B. — *Tuberculose laryngée secondaire.* — On dit que la phymie laryngée est *secondaire* ou *consécutive* toutes les fois qu'elle accompagne la tuberculisation pulmonaire. C'est de beaucoup la forme la plus commune et celle que tous les auteurs admettent aujourd'hui sans restriction. Elle peut coïncider avec une période quelconque de l'affection qu'elle complique. Il n'est pas rare de ne la voir intervenir qu'à la fin de la phtisie pulmonaire comme « expression dernière de la cachexie tuberculeuse » et Krishaber a trouvé bon d'en faire une forme particulière qu'il a décrite sous le nom d'*ultime* ou *tardive*. Mais comme elle est comprise dans le terme générique de laryngite secondaire, elle doit être abandonnée, sous peine d'être obligé, pour exprimer les rapports chronologiques multiples des accidents laryngés avec la diathèse tuberculeuse, de créer une infinité de formes; ce qui n'est pas admissible.

En dernière analyse, ce qu'il importe de retenir, c'est que, dans quelques cas, la tuberculose laryngée précède

la phtisie pulmonaire : c'est la forme primitive ; ou le plus souvent elle la suit : c'est la forme consécutive ou secondaire.

C. — *Laryngite des tuberculeux.* — Entre l'opinion extrême qui niait la présence des tubercules dans le larynx (Louis), et celle qui n'admet pas « chez les tuberculeux de laryngite indépendante de la diathèse » (Doléris), une opinion intermédiaire, plus accommodante que rationnelle devait trouver place. Ainsi M. le professeur Jaccoud (1), avec quelques autres auteurs, soutient l'idée que « la tuberculose produit des lésions de deux ordres ; elle détermine *un catarrhe chonique simple*, qui peut aboutir à l'ulcération sans que le larynx contienne *un seul tubercule*, (laryngite des tuberculeux) ; ou bien elle provoque le développement de tubercules laryngés (tuberculose laryngée) dont l'évolution ultérieure amène des lésions profondes de la muqueuse et du squelette. — *La laryngite des tuberculeux*, toujours secondaire, apparaît dans le cours d'une tuberculisation pulmonaire plus ou moins avancée. » Le docteur Joal (2), du Mont-Dore, s'est montré le chaud partisan de cette doctrine qui semble néanmoins n'avoir pas conquis l'opinion générale. Rappelons même qu'Isambert (3) l'a juge assez sévèrement, lorsqu'il dit : « La division en laryngite tuberculeuse primitive et laryngite des tuberculeux, que les auteurs adoptent après M. Jaccoud, ne nous paraît pas reposer sur une observation clinique suffisante, et elle est plus théorique que pratique. »

Toutefois, il nous semble que l'on pourrait distinguer. Si, sous le nom de laryngite des tuberculeux, MM. Jac-

(1) Path. int. 3e édit. t. I, p. 872.
(2) Loc. cit. p. 18.
(3) Ann. des mal. de l'oreille et du larynx, t. I, p. 280. 1875.

coud et Joal entendent désigner la laryngite catarrhale ordinaire à laquelle, plus que tout autre, de par son état constitutionnel, le phtisique est prédisposé, nous sommes de leur avis. Mais, au contraire, si « la forme la plus commune de la laryngite non tuberculeuse des phthisiques est celle qui, après avoir débuté par une période subaiguë, aboutit *à la chronicité* », comme le croit M. Joal ; si cette laryngite chronique, devenue ulcéreuse (1), résiste aux moyens ordinaires et persiste avec des alternatives de rémission et d'acuité ; si, d'autre part, on vient à découvrir des lésions pulmonaires qui ne manquent jamais, d'après M. Jaccoud ; qu'on ne s'y trompe pas ; il y a ici plus qu'un simple catarrhe laryngien et le processus tuberculeux sûrement n'est pas étranger à la production d'accidents si caractéristiques.

« Pour nous, dit à son tour M. Doléris (2) qui en a fourni la preuve anatomique, nous n'hésiterons pas à considérer comme véritablement tuberculeuses, de nature et d'origine tuberculeuses, les laryngites de *longue durée*, *répétées*, observées chez des sujets devenus plus tard phthisiques, et à plus forte raison celles qui apparaîtront dans le décours des lésions pulmonaires. » Mais, il faut l'avouer, le processus affecte dans ce cas une marche particulière et néanmoins assez commune pour qu'on puisse l'exprimer avec quelque

(1) Le seul fait d'être ulcéreuse, si l'on en croit Schrötter, implique la présence de tubercules, les autres diathèses ayant été, bien entendu, éliminées par le diagnostic différentiel (cité par Capart, loc. cit. p. 8.) « Les ulcérations que l'on observe sur le cadavre, dit Isambert, nous ont toujours paru liées à des maladies plus graves que la laryngite catarrhale simple, et celles que l'on observe au laryngoscope sur le vivant, nous ont paru ordinairement être le résultat d'un état diathésique qui devient bientôt manifeste, si l'on peut suivre le malade pendant quelques mois ou quelques années. (Conférences cliniques, p. 85).

(2) Loc. cit. p. 879.

justesse par la dénomination de laryngite tuberculeuse *à forme subaiguë* sous laquelle cette variété sera décrite.

Par un malentendu regrettable, MM. E. et J. Bœckel (1) donnent le nom de laryngite des tuberculeux à la tuberculose laryngée secondaire des auteurs. Cette expression nouvelle, faite pour engendrer l'équivoque, ne saurait être conservée.

Mais si, comme nous venons de l'établir, la distinction en tuberculose laryngée initiale et consécutive répond à un véritable besoin clinique, il n'est pas moins légitime de reconnaître qu'elle ne peut sufire à caractériser la physionomie générale de l'affection variable suivant les cas. Il devenait donc nécessaire de rechercher un mode de classification différent du premier en ce que, loin de s'appuyer sur un seul caractère, le moment d'apparition des lésions, il les réunisse, au contraire, dans une vue d'ensemble, d'où se dégage une idée synthétique à la fois plus juste et plus complète.

Cet avantage sera réalisé, croyons-nous, par la classification que nous proposons et qui, du reste, est adoptée par tous les traités de pathologie pour la description des maladies qui atteignent les autres organes. Mais avant de l'exposer, qu'on nous permette d'expliquer ce que l'on entend par périodes de la laryngite tuberculeuse.

II. — Des périodes de la tuberculose laryngée.

La plupart des auteurs, sans doute dans l'espoir qu'ils pourraient mieux saisir les caractères objectifs du processus pathologique à ses diverses phases, ont senti le besoin de l'étudier par périodes. Isambert (2) avait signalé trois

(1) Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat. t.XX, 1875.

(2) Conférences cliniques sur les maladies du larynx. p. 189. Paris, 1877.

degrès dans sa marche : 1° une période catarrhale ou épithéliale ; 2° une période ulcérative et œdémateuse ; 3° une période suppurative et nécrosique ; se succèdant par transitions insensibles et répondant parfaitement, au point de vue anatomo-pathologique, aux périodes correspondantes de l'altération pulmonaire, sans toutefois qu'il y eut rigoureusement coïncidence chronologique. Ayant jugé insuffisante cette division admise par beaucoup d'auteurs, mais convaincu qu'il est « rationnel de réunir en trois groupes les lésions et symptômes de l'affection », M. Joal en propose une « qui a pour base les notions classiques d'anatomie pathologique. » Il admet :

1° Une période superficielle ou épithéliale ; 2° une période intermédiaire ou dermique ; 3° une période profonde ou sous-muqueuse. La première comprend les troubles vasculaires, les desquamations qui constituent la période catarrhale d'Isambert ; la seconde, les phénomènes dus au travail ulcératif qui détruit la muqueuse : l'œdème et la suppuration s'y rattachent ; enfin, dans la troisième sont rangées les lésions qui attaquent les tissus sous-jacents à la muqueuse : muscles, ligaments, cartilages, articulations.

Ces deux classifications principales, qui en appellent l'une et l'autre à l'anatomie pathologique, utiles par ce fait qu'elles rendent plus saisissable l'étude de la phymie laryngée, n'ont cependant rien d'absolu en elles-mêmes.

Il n'est pas absolument vrai que le processus suive une marche aussi uniforme et débute fatalement par la desquamation épithéliale ; les ulcérations, quand elles se font autour des glandes, procédent parfois de bas en haut, elles sont profondes d'emblée ; de plus, il n'est pas extraordinaire de voir l'infiltration tuberculeuse commencer par une légère tuméfaction de la région aryténoïdienne sans ulcé-

ration préalable. D'un autre côté, on a du remarquer que la laryngite tuberculeuse hypertrophique ou végétante en est littéralement exclue. Rien d'étonnant alors que M. Gouguenheim ait eu l'idée de leur substituer une classification nouvelle basée sur « l'examen laryngoscopique ». Nous l'avons dit : elle constitue un progrès. Mais même avec ce moyen, l'auteur est obligé malgré lui de marquer en quelque sorte les étapes de la maladie par le groupement méthodique de ses symptômes objectifs; ce qui, on l'avouera, revient au même.

En effet, pour aussi insuffisante que puisse paraître cette manière d'enregistrer les progrès des lésions, elle ne s'en impose pas moins; car il n'échappe à personne que les signes qui trahissent l'invasion du mal ne ressemblent en rien aux phénomènes qui annoncent la fin de son évolution. Or, comme dans la pratique cette division en périodes donne une idée assez juste de l'ordre habituel dans lequel les faits se succèdent, on ne s'étonnera pas que nous voulions la conserver, en lui faisant subir cependant quelques modifications qui nous paraissent indispensables.

Puisque Isambert et Joal avaient choisi pour base de leur classification l'anatomie pathologique, la marche à prendre était tout indiquée : ils n'avaient qu'à suivre l'évolution du tubercule lui-même.

Dans un but doctrinal plutôt que pratique, M. Doléris (1) lui attribue trois phases successives :

» 1° Une période de formation;
» 2° Une période d'évolution;
» 3° Une période de terminaison.

(1) *Loc. cit.* p. 872.

» La première période répond à la prolifération embryonnaire généralisée à tous les éléments du tissu atteint.

» La deuxième fixe la distribution, le mode de groupement, les siéges d'élection des formations tuberculeuses.

» La troisième marque la voie que prendront ces proliférations morbides, tantôt pour aboutir à la destruction, tantôt, au contraire, pour résister à la nécrobiose et prendre droit de domicile dans le tissu. »

Toutefois si cette succession dans la marche évolutive du tubercule doit être tenue pour rigoureusement démontrée, la clinique ne saurait nous fournir tous les moyens de suivre comme pas à pas ses différentes phases et l'on ne peut véritablement commencer son étude que du moment où il se traduit à nos moyens d'investigation par des signes appréciables. Aussi avons-nous pensé qu'il serait peut-être avantageux de modifier de la façon suivante la classification d'Isambert; nous admettrons trois périodes principales : 1° la première, caractérisée par la formation des tubercules dans l'épaisseur des tissus, sera la période d'*infiltration* ou période catarrhale ; 2° la seconde, sera la période d'*évolution (régression* ou *organisation*) : elle correspond au ramollissement des produits tuberculeux, lequel s'accompagne de l'ulcération et de la destruction des tissus ou, dans des cas beaucoup plus restreints, de leur organisation conjonctive ; mais lequel également peut ne pas se produire ou se produire tardivement, lorsque la tuberculose revêt la forme œdémateuse et végétante. De telle sorte que si la maladie tend vers une terminaison fatale, le stade d'évolution parcourra les diverses périodes ulcéreuse, œdémateuse et plus tard nécrosique, et dans le cas où elle sera enrayée dans sa marche, elle pourra aboutir au gonflement des tissus ou même complètement rétrograder. Cette double éventualité donne lieu :

3° à une troisième période ou période de *terminaison*. Telles sont les trois phases principales et ordinairement appréciables au laryngoscope qui marquent l'évolution de la phymie laryngée.

La suite justifiera peut-être cette manière d'interpréter les faits; mais, afin de mieux faire ressortir encore les liens qui les unissent, il importe de déterminer dores et déjà la nature des formes cliniques de la laryngite tuberculeuse, avant d'en aborder l'étude.

III. — Classification basée sur la physionomie générale et la marche de la maladie.— Son importance au point de vue du pronostic.

On n'a pas oublié que Rhüle (1), dès l'année 1861, jetait les bases de cette division dont les faits ont consacré l'usage. « D'après mon expérience personnelle, disait-il, la forme chronique de l'affection débute de la manière suivante : il se produit d'abord un gonflement de la muqueuse, d'aspect grisâtre, diffus, n'ayant parfois que le volume d'une lentille, souvent plus étendu. Au milieu de ce gonflement apparaissent des points jaunâtres qui semblent provenir des glandes tuméfiées et occupent en général la surface de la muqueuse. Ces points se ramollissent ensuite, formant des saillies irrégulières mais confluentes, qui arrivent à dénuder les surfaces des cartilages, lorsqu'ils sont dégénérés (caséeux), jaunâtres, etc. Ces gonflements et ces infiltrations siègent généralement à la base de l'épiglotte, c'est-à-dire au niveau des replis ary-épiglottiques et sur les cordes vocales...

La deuxième forme, plus aiguë, survient toujours lorsque la tuberculose pulmonaire est déjà avancée. La muqueuse

(1) Die Kehlkopfskranheiten, p. 261. Berlin, 1861.

est uniformément rouge ou plus foncée par places ; elle est tuméfiée, moins consistante ; il existe des pertes de substance étendues dont les bords sont taillés à pic, à fond plat et de forme arrondie. Ces ulcérations siègent en général en arrière entre les aryténoïdes et s'étendent fréquemment à leur face supérieure jusque vers le pharynx. Parfois, on les rencontre sur tous les autres points, sur l'épiglotte, par exemple, etc... » Nous avons tenu à citer les paroles mêmes de l'auteur allemand afin de montrer que sa distinction, déjà peu claire d'elle-même, est incomplète en ce qu'elle passe sous silence la forme miliaire aiguë. D'ailleurs on ne voit pas qu'elle lui ait servi à induire le pronostic et pour lui les indications thérapeutiques restent les mêmes.

De son côté M. Bordenave (1) n'a reconnu qu'une partie de la vérité, en se ralliant à une laryngite tuberculeuse « à forme chronique le plus souvent, aiguë quelquefois » et en affirmant que « la forme aigue est consécutive le plus souvent à la granulie du pharynx. » Car il existe une laryngite tuberculeuse aiguë autre que la forme miliaire pharyngo-laryngée et dont il n'est pas question dans son ouvrage.

M. le docteur Lavenère-Lahont (2) reproduit à son tour la même division. Il est regrettable qu'il n'ait pas cru devoir insister davantage sur les caractères objectifs si différents dans les deux cas ; il lui suffit de dire que, d'une part, les accidents précipitent leur marche et qu'ils peuvent, d'autre part, persister un temps indéfini sans modifications bien marquées. En somme, ici les détails de la description font défaut.

Enfin on sait que la forme grave du docteur Sokolowski (3) répond à la forme aiguë et la forme légère à la forme

(1) Thèse, Paris, 1878.
(2) Thèse, Paris, 1880.
(3) Thèse, Paris, 1880.

chronique. Mais même dans ce dernier travail, qui distingue nettement ces deux formes, on ne trouve bien tracés que les divers stades parcourus par le processus.

En dernière analyse, tous ces auteurs ont eu le tort grave de ne faire qu'indiquer la marche tantôt aiguë, tantôt lente de la laryngite tuberculeuse sans procéder à une description méthodique d'où auraient été facilement déduits et le pronostic et les différents modes de traitement.

C'est cette confusion que nous voulons éviter en faisant séparément l'étude de ces deux formes de phtisie laryngée.

En effet, quiconque a observé pendant un laps de temps suffisamment prolongé divers sujets ayant une phymie laryngée a pu remarquer que cette affection était loin de se présenter chez tous sous un type uniforme et toujours identique à lui-même. Chez les uns, elle se déclare presque en même temps dans les divers points de l'organe et, marchant avec une rapidité parfois extrême, elle accomplit promptement son évolution; chez les autres, les lésions, toujours beaucoup plus discrètes, procèdent également avec plus de lenteur et leur durée peut, à moins qu'une influence défavorable ne vienne réveiller leur torpidité, rester indéfinie. C'est qu'effectivement, on distingue, en clinique, deux formes bien tranchées de tuberculose laryngée: l'une *aiguë*, *inflammatoire* (Moure et Bertier), *érethique;* l'autre, *lente*, *chronique, torpide.*

Entre ces deux formes extrêmes, il en existe une troisième qui, procédant par poussées successives, participe à la fois des caractères de l'une et de l'autre et mérite par conséquent le nom de tuberculose laryngée *subaigue*, ou *rémittente*, sous lequel nous l'étudierons. Ainsi que nous avons déjà eu soin de le faire remarquer, cette forme nous paraît ressembler étrangement à la laryngite des tuberculeux décrite par M. le professeur Jaccoud.

Cette étude nous semble s'imposer d'autant plus que, nous l'avons déjà dit et nous le démontrerons plus tard, le pronostic peut différer presque totalement dans l'un ou l'autre cas. En effet, la forme inflammatoire est rapidement et toujours mortelle ; moins fatale la phtisie subaiguë peut quelquefois mais bien plus rarement, sous l'influence d'un traitement approprié et régulièrement suivi, passer à l'état chronique et bénéficier des chances de guérison qui appartiennent en propre à la forme torpide; car, c'est cette dernière qui, ayant le pronostic le moins redoutable, a permis d'établir par des faits précis la curabilité de la tuberculose laryngée au même titre que la curabilité de la phtisie pulmonaire.

Aussi est-il nécessaire d'avoir dès à présent une idée bien arrêtée sur chacune de ces formes du même processus, afin de savoir les distinguer lorsqu'elles se présenteront dans la pratique.

Ceci posé, abordons la description des trois formes de la tuberculose laryngée.

CHAPITRE II

Des formes cliniques de la tuberculose laryngée.

I. — FORME AIGUE

La forme aiguë ou inflammatoire de la tuberculose laryngée frappe l'âge adulte de dix-huit à trente ans, et elle évolue avec une rapidité effrayante, déterminant promptement la mort, car les lésions pulmonaires marchent de pair avec celles du larynx (Moure et Bertier). Mais l'apparition des lésions dans les deux organes peut n'être pas simultanée et la laryngite ulcéreuse ne pas moins conserver ce caractére d'acuité. C'est ce qui se passe dans le cas où elle survient, presque au terme de la phtisie pulmonaire, « comme l'expression dernière de la diathèse tuberculeuse » (forme ultime de Krishaber et Peter). Dans ces deux circonstances, les lésions tendent à se généraliser de bonne heure et la muqueuse aryténoïdienne, celle qui revêt les cordes vocales, les bandes ventriculaires, l'épiglotte et ses replis deviennent le siège d'ulcérations et d'œdème : en un mot, le travail de désorganisation envahit comme d'emblée tout le larynx qui « subit une véritable fonte purulente » (Isambert).

Voilà, en quelques mots, le début et l'allure du processus à l'état aigu. Mais, pour atteindre ce degré extrême, il y a différentes phases par lesquelles celui-ci doit passer et qu'il faut maintenant étudier selon leur ordre de succession. Or, les diverses phases sont caractérisées par des phénomènes de deux ordres : des symptômes objectifs et des troubles fonctionnels.

A. — Symptômes objectifs.

1° *Période d'infiltration.* — On paraît s'accorder à dire, du moins en France, que la phtisie laryngée est ordinairement caractérisée à son début par les symptômes du catarrhe simple, dont elle se distingue peut-être par quelques traits particuliers. A ce point de vue, le début serait brusque, car l'affection peut naître soit d'un refroidissement accidentel, soit d'un exercice immodéré de la voix ou de toute autre cause. Néanmoins, même au commencement de la forme aiguë, lorsqu'on fait ouvrir la bouche au malade pour l'examiner, on est assez souvent frappé de la pâleur parfois excessive que présente la muqueuse bucco-pharyngée sur le fond de laquelle, dans quelques cas, tranche nettement la couleur foncée des vaisseaux sanguins engorgés.

Mise par les auteurs sur le compte de l'anémie locale, alors qu'elle est peut-être un simple reflet d'une déchéance vitale menaçante, cette pâleur, si on n'est pas en présence de chlorotiques ou d'anémiques, est un signe prémonitoire de tuberculose laryngée. (1) « L'anémie pharyngienne, dit Isambert (2), est ce qu'on observe ordinairement dans

(1) On voit aussi l'anémie dans la phthisie pulmonaire non accompagnée de phthisie laryngée (Krishaber et Peter. Loc. cit. p. 581).

(2) Loc. cit. p. 193.

cette période. » Elle persiste plus tard et il n'est pas rare alors de voir des glandules plus ou moins colorées et tuméfiées former relief sur la paroi postérieure du pharynx ; on rencontrera bien plus rarement de grosses granulations rouges et siégeant sur les deux côtés ou sur un seul côté du pharynx, en arrière des piliers postérieurs (pharyngite latérale de Schmidt). Chez nos phtisiques, la pâleur de la muqueuse palato-pharyngée n'a presque jamais fait défaut.

Habituellement on la rencontre aussi sur la muqueuse du larynx, presque exclusivement dans la forme chronique. Mais a-t-on le droit de regarder, sur la foi des auteurs anglais (1), cette décoloration des tissus comme le premier symptôme de toute tuberculisation laryngée? Beaucoup d'autres, au contraire, placent au premier rang l'hypérémie laryngienne et cette opinion semble même prévaloir aujourd'hui. Ce qu'il paraît vrai d'affirmer, c'est que l'anémie précède régulièrement la laryngite tuberculeuse consécutive, étant alors le résultat, non d'une influence localisée, mais bien de l'*hypotrophie constitutionnelle* (Jaccoud). Quoiqu'il en soit, il est impossible de ne pas accorder que, dans des cas nombreux, *aigus,* cette exsanguité de la muqueuse, lorsqu'elle ne fait pas défaut, est suivie de si près par la phase congestive qu'elle doit fatalement passer inaperçue.

Or, cette dernière se confond, selon les uns, avec la congestion simplement catarrhale ; elle s'en distingue, selon les autres, par des caractères propres. Ainsi une coloration rouge ou même rouge vif commence ordinaire-

(1) Semeleder. — Cité par Mackenzie, loc. cit. page 508.
James Sawyer. — The lancet, p. 15, 30 janv. 1875.
Lennox-Browne. — The throat and its deseases p. 226, London, 1878.
Solis-Cohen. — New-York Med. Record, n° 26, 1878.
Semon. — London. Med. Record, 15 avril, 1879.

ment à se manifester entre les cartilages aryténoïdes et sur la muqueuse qui recouvre ces cartilages ; elle y reste longtemps cantonnée, dans la forme chronique, tandis qu'elle gagne presque d'emblée, dans les cas aigus, la partie postérieure des cordes vocales demeurées grisâtres (laiteuses) dans le reste de leur étendue, puis soit la portion inférieure de la face laryngée de l'épiglotte et les bords libres de cet opercule, soit surtout les bandes ventriculaires et les replis ary-épiglottiques. Il est beaucoup plus commun de voir toutes ces parties prises en même temps et non successivement et isolément comme il arrive pour la tuberculose chronique.

D'un autre côté, loin d'être généralisée comme dans la laryngite catarrhale, l'hypérémie se trouve disséminée en îlots mal circonscrits dans les points indiqués ; c'est là, au dire d'Isambert, un signe différentiel. Mais, ne serait-ce pas s'abuser étrangement que de vouloir étayer un diagnostic sur la simple présence de caractères aussi éventuels que des arborisations de la muqueuse, « des stries parallèles au bord libre des cordes, des coups de pinceau, des taches étoilées? » De même, la généralisation de l'état papillaire que Förster a décrit sous le nom de *métamorphose dermoïde*, « état reconnu normal au niveau des cordes vocales inférieures depuis les recherches de M. Coyne, qui donne à la couche épithéliale l'aspect d'un granit, d'une surface recouverte par un semis de nodules arrondis et saillants, n'a rien en soi de spécial au tubercule » (1). Ces dispositions variées de l'hypérémie, les modifications du revêtement épithélial, ainsi que la teinte hémorrhagique signalée par M. Fauvel, n'appartiennent pas plus en propre à la laryngite tuberculeuse qu'au sim-

(1) Doléris. Loc. cit., p. 857.

ple catarrhe, ou plutôt, elles sont l'expression véritable de ce dernier, lequel accompagne, en général, le dépôt de tubercules dans le larynx, mais lequel aussi suffirait à provoquer ce dépôt, la formation cellulaire étant en pareil cas « l'expression finale d'un processus irritatif ». Car, dit M. Jaccoud (1), « tantôt les phlegmasies des organes respiratoires hâtent l'évolution des tubercules préexistants, tantôt elles favorisent la genèse de ces produits anormaux ».

Donc, on aura seulement raison de redouter la spécificité de la laryngite si, en l'absence de signes thoraciques, une rougeur vive et persistante reste circonscrite à la région aryténoïdienne où ne tarde pas à se développer un commencement de tuméfaction. La probabilité deviendra presque une certitude lorsqu'avec cette rougeur, on aura constaté l'existence de ce qu'on est convenu d'appeler l'*aspect velvétique*.

« L'aspect velvétique, conclut le docteur Brebion (2) qui en a fait le sujet de son travail inaugural, est un signe aussi certain de la phtisie laryngée que les craquements le sont de la phymie pulmonaire. »

Toutefois, comme ce caractère nous a paru être presque toujours le propre de la forme chronique et qu'il ne s'observe qu'exceptionnellement dans la forme aiguë, nous ne faisons que le signaler ici, nous réservant d'insister plus tard sur ce symptôme et de montrer dans quelles limites il faut accepter l'opinion de M. Brebion.

Dans cette même période, les parties du larynx riches en glandes sont sujettes, si l'on en croit Marcet et le docteur Capart (3), à devenir la source d'une sécrétion blan-

(1) Tr. de path. int. 1869.
(2) Th. de Lyon. N° 121, 1882, p. 49.
(3) Loc. cit. p. 39.

châtre et filante, véritable crachat (Fauvel), qu'il faut bien se garder de prendre pour des érosions de la muqueuse.

Dans l'épaisseur des cordes vocales, en effet, M. le professeur Coyne (1), a découvert et décrit deux groupes de glandes en grappe dont les conduits excréteurs, se dirigeant obliquement en haut et en dedans, vont s'ouvrir non loin de leurs bords libres; parfois ces bords, d'une coloration blanchâtre, opaline, prennent *l'aspect chassieux*.

L'épiglotte d'une apparence chagrinée peut, par exception, emprunter le même aspect et c'est par analogie à ce qu'on observe sur le bord libre des paupières chez les individus atteints de blépharite qu'Isambert lui a donné ce nom.

Mais, il faut se hâter de le dire, tous ces différents signes qui, dans le cours d'une laryngite lente, peuvent acquérir par leur groupement une certaine importance, n'ont ici qu'une valeur précaire, en raison de la fugacité de leurs caractères.

Effectivement, dans la phtisie laryngée rapide, comme la prolifération cellulaire est des plus actives, les nodules tuberculeux se multiplient et évoluent avec un degré d'acuité tel que l'épithélium de la muqueuse ne tarde pas à tomber en partie (2), laissant se former à sa place d'abord de simples érosions, ayant l'aspect d'un coup d'ongle ou d'un léger coup de râpe très fine, puis des ulcérations profondes, en même temps qu'un gonflement œdémateux presque généralisé se développe; lorsque les replis ary-épiglottiques en deviennent le siège, ce qui arrive dans la grande majorité des cas, ce dernier signe est pathogno-

(1) Th. de Paris, 1874.

(2) M. Doléris (loc. cit.) dit que suivant le degré de la modification circulatoire, probablement, la destruction est plus ou moins rapide.

monique de la phtisie laryngée (Morell-Makenzie.) Il s'ensuit que l'on a très rarement la faculté de constater les signes objectifs précédemment étudiés et que déjà, lorsque le sujet se présente, la période de régression a fait plus ou moins de chemin ; par conséquent, elle est celle qui offre le plus d'importance à être connue dans ses détails.

2° *Période d'évolution.* — Les ulcérations et le gonflement inflammatoire (Moure), improprement désigné sous le nom d'*œdème* ou de *scléréme* (Doléris, Gouguenheim), sont les deux symptômes qui, dans la généralité des cas, constituent les accidents de cette seconde période et rien n'est moins justifié que ces paroles de Lebert (1) : les ulcères du larynx sont bien plus rares dans la phtisie aiguë que dans celle à marche chronique.

Quel est donc leur mode de formation et quelle en est la marche?

Jusqu'ici on avait regardé le processus ulcératif comme se propageant invariablement des tissus superficiels aux tissus profonds ; Isambert, dans ses *Conférences* (*loc. cit.*), Krishaber et Peter dans le *Dictionnaire encyclopédique* se sont longuement expliqués sur son développement ainsi envisagé. Mais M. Doléris (2), par ses recherches anatomo-pathologiques, est venu démontrer qu'il « existe dans la tuberculose du larynx : 1° des ulcérations profondes, allant plus ou moins loin dans les tissus communiquant avec des foyers contigus aux cartilages ; 2° des ulcérations intéressant seulement la couche superficielle de la muqueuse et très étendues en surface. Les premières reconnaissent

(1) Loc. cit. p. 859.
(2) Loc. cit. p. 859.

pour cause des infiltrations caséeuses *ayant siégé primitivement dans les corps glandulaires et s'étant fait jour jusqu'à la surface*. Le point de départ des secondes est d'abord dans les nodules très peu saillants situés dans l'intervalle des orifices des glandes, et ensuite dans les nodules analogues, quoique généralement plus avancés dans leur évolution, qui entourent comme une collerette un ou plusieurs orifices glandulaires. »

Or, ces deux espèces d'ulcérations se développent dans les points même où s'est produite l'infiltration tuberculeuse à laquelle elles succèdent.

La région aryténoïdienne et la face supérieure des bandes ventriculaires sont d'ordinaire les premières ulcérées. Sous l'influence irritative du processus, la desquamation se fait par places ; suivant les cas, l'aspect velvétique y prend un plus grand développement (végétations papillaires) ou bien ce sont des érosions en coup de râpe dans l'intervalle desquelles la muqueuse apparaît très-rouge et enflammée, rarement exsangue. Bientôt des ulcérations véritables s'y creusent par suite de la régression des nodosités phymiques ; nombreuses mais peu étendues et distinctes au début, elles deviennent alors confluentes et donnent naissance à de véritables foyers purulents ; lorsqu'elles portent d'emblée sur les glandes et qu'elles évoluent, selon le mécanisme indiqué par M. Doléris, elles constituent de véritables anfractuosités d'où s'échappe un pus grisâtre et mal lié.

Dans la tuberculose miliaire aigue, elles apparaissent un moment ayant la forme arrondie de la nodosité, elles sont alors cupuliformes ou cratériformes ; mais, comme elles se distinguent par une grande tendance à rayonner, de larges pertes de substance ont lieu et, de bonne heure, elles perdent ce caractère de régularité.

Rhüle aurait noté que, situées primitivement entre les aryténoïdes, les ulcérations « s'étendraient fréquemment à leur face postérieure jusque vers le pharynx », en même temps qu'elles gagneraient en profondeur, mais la clinique ne semble pas confirmer les vues de cet auteur. La surface ulcérée a l'aspect grisâtre ou jaunâtre, tomenteux, irrégulier; elle est recouverte de pus grisâtre.

En même temps que le dépôt tuberculeux devient plus actif, que les ulcérations augmentent d'étendue, le gonflement inflammatoire, qui existait déjà, prend rapidement des proportions inquiétantes ; « les replis ary-épiglottiques ressemblent à deux tumeurs larges, solides et polypiformes, dont les grosses extrémités se touchent sur la ligne médiane et les petites se dirigent en haut et en dehors. Le repli inter-aryténoïdien est perdu dans ce gonflement qui gêne l'action des cartilages aryténoïdes et empêche par conséquent les cordes vocales de venir en contact » (Morell-Mackenzie).

Les lésions marchent simultanément dans les autres parties de l'organe. Les cordes vocales, en général rouges et dépolies, finissent par s'ulcérer et se déforment. Par suite, l'orifice glottique tout entier est modifié dans son aspect et cette modification avait su déjà attirer l'attention d'Isambert (1). « Tant que l'ulcération, écrit-il, n'a pas atteint le bord adhérent de la corde vocale sur laquelle elle s'est développée, la déformation n'est pas trop accentuée ; mais une fois la corde vocale divisée dans toute son épaisseur, ces deux fragments, l'antérieur et le postérieur, se rétractent, se portent en haut et donnent à l'organe les apparences les plus bizarres. » La déviation de la glotte est le résultat du travail destructif qui, dès ce moment,

(1) Loc. cit., p. 195.

envahit les rubans vocaux dans toute leur étendue, détruisant la totalité de la muqueuse. Mais, ajoute le même auteur, « tant que ce travail ulcératif se borne aux cordes vocales, il n'y a que très peu d'œdème, circonstance facile à expliquer par la disposition spéciale de la muqueuse à leur niveau, sa minceur et une adhérence intime aux faisceaux fibreux qui les constituent. »

Egalement très-rouge, œdématiée, doublée et parfois triplée de volume et ayant l'aspect chagriné par développement exagéré de ses glandules, l'épiglotte s'ulcère d'assez bonne heure (Isambert) et, à l'encontre de la syphilis qui se cantonne volontiers à sa face supérieure, c'est à la partie inférieure de sa face laryngienne (1), au niveau du tubercule de Czermack ou sur les bords à leur union avec la face laryngée de l'opercule, qu'apparaissent les ulcérations, irrégulièrement arrondies ou ovalaires, mais « non entourées par cette auréole inflammatoire scarlatineuse qui est un des caractères pathognomoniques de l'ulcération syphilitique » (Isambert) et non circonscrites par « un liseré rouge lie de vin » qui appartiendrait aux pertes de substance de nature strumeuse ; les parties ulcérées ont cependant l'aspect rouge et congestionné ; en général, les ulcérations se fusionnent avec celles qui siègent sur la bande ventriculaire ; réunies, elles peuvent simuler un vaste crachat gris-sâle. Des lors, le gonflement tuberculeux fait des progrès rapides et, à mesure qu'il devient plus considérable, l'épiglotte affecte les dispositions les plus variées *(Voir fig. 3, 7 et 8.)*

Rarement il nous est arrivé, comme à M. Krishaber (2) de

(1) Louis a signalé un cas d'ulcération à la face linguale. (Recherches sur la phthisie. Paris, 1825).

(2) Dict. encyclop. Art. larynx, p. 650.

trouver, tout à fait au début de la phtisie, l'épiglotte abaissée au point de cacher l'ouverture du larynx. Il faut l'examiner à une époque plus avancée pour constater sa déformation ; elle prend alors la forme d'un gros bourrelet saillant et arrondi, rappelant tantôt un turban (Morell-Mackenzie), un fer à cheval (Capart), une arche de pont (Gouguenheim) ou un phimosis (Isambert), tantôt encore, lorsque ses bords arrivent au contact et que, simultanément, ses replis et la région aryténoïdienne tout entière participent au gonflement, formant une saillie comparable au gland dans le paraphimosis (Isambert) ou au museau de tanche utérin dans la métrite (Fauvel).

Nous avons signalé les replis ary-épiglottiques comme venant former dans la plupart des cas deux ovoïdes qui se rejoignent sur la ligne médiane par leurs grosses extrémités; leur surface, habituellement rouge, est parsemée de points grisâtres quand elle est ulcérée; il faut dire qu'au début et, par exception, l'œdème est susceptible de n'envahir qu'un repli. D'ailleurs, le dépôt de tubercules ne s'y effectue presque jamais de prime-abord et il a, en outre, une double origine : il est consécutif soit aux lésions aryténoïdiennes soit aux lésions épiglottiques.

Les bandes ventriculaires ne sont pas épargnées et presque toujours elles se tuméfient concurremment avec la muqueuse de l'infundibulum ou de la région postérieure. Mais ici les lésions se traduisent parfois un peu difficilement aux regards de l'observateur et, pour en obtenir l'image, M. Morell-Mackenzie (1) recommande de placer le miroir un peu obliquement et de détourner légèrement la tête du malade.

Par exception encore, l'œdème peut ne s'être formé que

(1) Loc. cit., p. 512.

d'un seul côté ; lorsqu'il est bilatéral, ce qui est la règle, il constitue quelquefois deux saillies assez considérables pour voiler presque complètement les rubans vocaux. Les ulcérations se présentent toujours avec les mêmes caractères que nous venons de décrire.

Enfin, n'oublions pas de mettre au nombre des éventualités possibles la propagation des lésions aux tissus avoisinants. Sans parler de la tuberculose pharyngo-laryngée, il est des circonstances où le processus tuberculeux détermine l'ulcération ou l'œdème de la trachée-artère. Plusieurs faits de ce genre ont été rapportés et chez deux de nos malades la tuméfaction tuberculeuse sous-glottique était assez développée pour expliquer le cornage concomitant.

Chez l'un, elle occupait la paroi postérieure de la trachée où se voyait, surtout durant l'inspiration, une tumeur globuleuse et blanc-grisâtre ; tandis que, chez le second, elle était située sur la face latérale, ce qui est le cas le plus fréquent, et faisait saillie au-dessous et vers le milieu de la corde vocale droite. D'autres fois, mais plus rarement, ce sont des ulcérations qu'on y découvre, et, dans la plupart des cas, simplement des signes de trachéite ; la muqueuse de la trachée apparaît rouge, tuméfiée et il est à peu près impossible de distinguer les anneaux cartilagineux qui forment ce conduit.

On verra que la plupart de ces lésions se compliquent de désordres graves capables de troubler ou de compromettre les fonctions du larynx.

3° *Période de terminaison.* — Si le malade, comme il arrive trop fréquemment, n'est pas emporté dans un accès de suffocation dû, soit à l'œdème soit à l'inaction des muscles dilatateurs, le processus destructif redouble d'énergie

et si les progrès de la phtisie pulmonaire lui donnent le temps de se former, l'on assiste bientôt à la désorganisation complète du larynx. Sous cette influence, les tissus profonds s'altèrent, ils sont détruits par des ulcérations « rongeantes » (Bayer) ; les cartilages eux-mêmes s'enflamment et ces périchondrites tuberculeuses ont pour résultat leur nécrose, leur mortification et finalement leur élimination totale ou partielle ; alors « le larynx s'affaisse et sa cavité se trouve réduite à une fente étroite et anfractueuse » (Isambert), toujours cause d'une sténose glottique plus ou moins prononcée. La suppuration, à peu près générale, est très abondante et de mauvaise nature.

Lorsque les lésions sont arrivées à ce degré d'aggravation, on n'a plus aucun espoir de les voir s'amender. C'est la période désolante et irrémédiable dans laquelle toute intervention active est au moins inutile et l'emploi des simples palliatifs la seule indication justifiée ; car, le malade va infailliblement succomber dans la cachexie et le marasme, autant peut-être par le fait de sa phtisie laryngée que par celui de sa phtisie pulmonaire. Néanmoins, il est bien avéré aujourd'hui que la première peut suffire à elle seule à entrainer « la mort par consomption. » (1) « Un deuxième mode de terminaison, d'après Deel (2), est un empoisonnement lent, une véritable septicémie, le pus de mauvaise nature sécrété par le larynx étant absorbé à la fois par les voies digestives et respiratoires. » Telle est l'issue toujours la même de cette forme de laryngite tuberculeuse. (*Voir fig. 5 et 8.*)

Elle est également celle dont la durée est la moins lon-

(1) Note de Jaccoud à la Clinique médicale de Graves. t. II. p. 189. Paris 1863.

(2) Loc. cit. p. 21.

gue; lorsqu'elle est ultime, son évolution s'accomplit en quelques semaines; car « plus l'état des poumons est grave quand se déclare la phtisie laryngée, plus celle-ci parcourt rapidement ses périodes » (Deel); simultanée, elle peut durer plusieurs mois, mais jamais elle ne dépasse une année et l'on peut, d'après M. Sokolowski (1), en fixer la moyenne à six mois. Cependant il est des cas où cette limite n'est pas atteinte; c'est ainsi que le docteur Capart (2) a « vu la tuberculose aiguë amener la mort de trois à sept mois; alors l'affection revêt une forme que l'on pourrait appeler galopante. » Tel est le cas de la forme miliaire qui a des droits nombreux à être décrite comme corollaire de la forme inflammatoire, à laquelle elle se rattache autant par la rapidité de sa marche que par sa terminaison toujours fatale.

B. — **Troubles fonctionnels.**

1° *Période d'infiltration.* — Durant toute cette période, les troubles fonctionnels n'ont en eux-mêmes rien de bien caractéristique. A la congestion du larynx, il est légitime de rapporter l'enrouement, habituel en cette circonstance; ou bien la voix est simplement voilée et parfois cassée, les notes aiguës étant compromises; ce n'est que plus tard qu'elle prend un timbre rauque et qu'elle s'éteint, comme il est à remarquer aussi qu'elle peut rester parfaitement intacte; elle possède rarement le caractère bitonal et si, par extraordinaire, il y avait aphonie, on devrait en rechercher la cause ailleurs que dans les lésions ac-

(1) Loc. cit. p. 30.
(2) Loc. cit. p. 30.

tuelles (1), mais, par exception, à notre avis, dans un trouble nerveux (Morell-Mackenzie).

Si la phtisie pulmonaire est à la deuxième ou à la troisième périodes, la toux est fréquente, quinteuse, rauque, et elle s'accompagne d'une expectoration muco-purulente, ou même purulente, abondante; mais celle-ci est simplement muqueuse ou même n'existe pas, de même que la toux, lorsque la phtisie n'est qu'à son début. M. Gouguenheim (2) est d'avis que la toux manque souvent « et son absence est une présomption en faveur de l'admission d'une laryngite tuberculeuse isolée de toute tuberculisation pulmonaire. »

La douleur est la règle; néanmoins elle consiste plutôt en une sensation de gêne, d'ardeur ou de picotement à la gorge, provoquée par la déglutition, la phonotion et la toux. La respiration n'est pas troublée, à moins que les lésions pulmonaires, qui sont constantes, ne soient avancées. En définitive, aucun de ces signes n'est spécial à la maladie.

2° *Période d'évolution.* — Tandis que dans le stade d'infiltration, les altérations de la voix sont encore peu tranchées, dans la seconde période, elles se trouvent les premières, du moins par leur ordre d'apparition. En effet, affaiblie ou enrouée au début, la voix devient rauque, raboteuse; les efforts répétés de phonation peuvent lui faire prendre des caractères de bitonalité et de dysphonie, surtout connus depuis M. Jaccoud; dans un dernier degré,

(1) Dans ce cas particulier, l'adénopathie trachéo-bronchique et l'induration du sommet des poumons, par compression des récurrents, semblent en être les causes ordinaires; par contre à la fin de la maladie, le courant respiratoire est si faible qu'il est impuissant à mettre en vibration les lèvres de la glotte.

(2) Loc. cit., p. 6.

elle est éteinte et chuchotée ; toutefois, l'aphonie reconnaît assez souvent une origine différente, comme il arrive aussi que, dans quelques cas, la pathogénie des troubles vocaux semble entièrement nous échapper. En thèse générale, les modifications du timbre et l'extinction de la voix ont leur raison d'exister dans les lésions organiques présentes, mais il peut se rencontrer des cas où celles-ci faisant à peu près défaut, l'on soit obligé de faire intervenir un facteur d'un nouveau genre, et celui-ci consistera tantôt en un trouble d'innervation (Türck), tantôt en altérations musculaires (Frânkel).

A vrai dire, ces faits sont exceptionnels. M. le docteur Frânkel (1), néanmoins, « observe rarement dans la laryngite des phtisiques des lésions des cordes vocales, ou si les lésions existent, elles sont insignifiantes et permettent à peine d'expliquer l'altération persistante de la voix. » La véritable cause, à son avis, résiderait dans « l'atrophie de la fibre musculaire et la laryngite des phtisiques serait, selon l'expression populaire, une véritable faiblesse de la voix. » Mais alors, que penser de ces faits dans lesquels la voix primitivement perdue revient à mesure que les lésions tendent à disparaître comme nous en avons rapporté un exemple (Voir *Observat. II*).

Ne faudrait-il pas dans bien des cas rapporter plutôt cette faiblesse vocale à l'altération du murmure respiratoire, à l'absence d'énergie de la colonne d'air expirée (Moure) ?

Presque tous les auteurs avaient cru découvrir une corrélation étroite entre la fréquence de la toux et l'existence de la tuberculose pulmonaire ; afin de prouver que celle-ci

(1) Veber pathol. Veränderungen der Kehlkopfmustein bei Pht. (Archiv. für Path. anat. und Phys., t. LXXI, p. 261.

est bien la cause prépondérante de la toux, ils s'appuyaient sur ce fait : qu'on ne l'observe presque jamais dans la phtisie laryngée primitive. Ce rapport, en effet, n'est pas douteux; mais, d'un autre côté, l'influence des lésions laryngées, sur la production et les caractères de ce trouble fonctionnel, ne reste pas moins bien établie. Il faut savoir enfin que la toux, au même titre que l'altération de la voix, peut manquer, même avec des lésions assez étendues du larynx. Néanmoins, dans la forme aiguë, elle est constante. Ses caractères sont variables. Elle est voilée au début, ou bien rauque, parfois éclatante et déchirée, suivant les cas; quinteuse, quand elle résulte de poussées congestives dans le larynx ou de la coïncidence des lésions pulmonaires ; alors c'est surtout dans la nuit ou le matin au lever qu'elle éclate.

Bientôt, si les lésions progressent, elle devient sourde et pénible, et, en dernier lieu, comme étouffée ou éructante, suivant l'expression souvent répétée de Trousseau et Belloc.

Lorsque les quintes de toux surviennent après les repas, elles suscitent parfois des vomissements répétés qui pourraient devenir une cause suffisante d'inanition, si l'on ne se hâtait d'y porter remède.

La toux a un autre résultat qui est de provoquer l'expectoration. Celle-ci est presque nulle au début, mais elle peut être assez abondante ; épaisse et visqueuse, lorsque les glandes sont le siège d'une sécrétion active; à une époque plus avancée, elle ressemble de tous points à celle de la phtisie pulmonaire : d'abord muco-purulente, elle finit par devenir exclusivement purulente, et les poumons, la trachée et le larynx contribuent également à l'alimenter, bien que ce dernier organe reste presque toujours, dans les dernières périodes de la maladie, comme enseveli sous

une couche épaisse de pus grisâtre que le malade ne peut arriver à détacher. La plupart des auteurs ont signalé des stries sanguinolentes dans les crachats, mais M. le docteur Fauvel (1) affirme énergiquement qu'il n'existe « jamais de laryngorrhagie dans la tuberculose ; le sang qu'on voit au laryngoscope dans le larynx est du sang qui ne vient pas de la muqueuse laryngée, mais qui s'y est collé au passage. »

Il convient de mentionner, dès à présent, un phénomène dont on n'a pas tenu grand compte jusqu'à ce jour et, néanmoins, assez fréquent dans les derniers temps de la maladie, mais que l'on retrouve parfois, aussi, dès le début, sans qu'il soit trop possible de l'expliquer: nous voulons parler de la salivation dont l'abondance doit être en rapport soit avec la dysphagie, soit avec la sécrétion exagérée des divers groupes glandulaires. M. Ferrand (2) a vu « la quantité de salive rendue dépasser le chiffre de 800 grammes, dans les vingt-quatre heures. » Ce fait, lorsqu'il se produit, ne doit pas peu contribuer à accroître la dysphagie et les troubles de nutrition qui l'accompagnent.

La dysphagie qui existe, nous pouvons dire dans tous les cas de phtisie laryngée aiguë et surtout chez l'homme, dit Ferrand (3),mérite encore plus d'être prise en considération. Presque insignifiante chez beaucoup de sujets, elle acquiert, chez d'autres, une telle intensité qu'elle constitue une complication à la fois des plus pénibles et des plus redoutables. M. Ferrand (4) s'est jugé suffisamment

(1) Cité par Moure. Loc. cit. p. 64.

(2) De la forme dysphagique de la pht. lar. Th. Paris, 1882. p. 21.

(3) La raison en est sans doute que la phtisie laryngée est plus fréquente chez l'homme.

(4) Loc. cit. p. 6.

autorisé de ce fait, pour avoir entrepris de décrire à part « une *forme dysphagique* de la phtisie laryngée qui lui semble répondre à ces cas où la dysphagie prime tous les autres symptômes par la physionomie clinique qu'elle imprime à la maladie, par l'influence fâcheuse qu'elle exerce sur la marche de la tuberculose en hâtant la fin de la maladie, enfin par le traitement spécial qu'elle réclame. » Sous cette dénomination, l'auteur englobe « aussi bien la douleur provoquée par la déglutition que la gêne au passage du bol alimentaire et sa déviation dans le canal aérien. »

Aux yeux de M. Gouguenheim, la douleur est un phénomène du début amené par le gonflement récent et des ulcérations récentes ; en général peu intense, elle est localisée au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, mais plus vive ordinairement du côté où les lésions sont le plus avancées, comme nous l'avons constaté maintes fois et comme il est facile de s'en assurer ; c'est tantôt un picotement désagréable, tantôt un sentiment de cuisson ; elle est médiocrement influencée par la pression, par la phonation et par l'acte respiratoire, tandis que la toux et les mouvements de déglutition la provoquent ou l'exaspèrent.

Une douleur semblable, spontanée ou plus souvent encore provoquée, est ressentie au fond des oreilles. Mais ce fait n'est pas particulier à la phtisie laryngée et on l'observe dans la plupart des affections pharyngo-laryngées. Ces douleurs sont, dans quelques cas, « si vives et si aiguës, que pendant que les malades avalent, ils portent la main vers l'oreille dont ils souffrent, la compriment, pour tâcher d'atténuer le mal qu'ils éprouvent » (Moure) ; elles doivent être attribuées soit aux lésions avoisinant les trompes et s'y propageant (Deel)? soit, d'après Frænkel (1)

(1) Berliner Klin. Wochenschr., 1876. Cité par Barth dans sa thèse. Paris 1880.

qui n'admet pas l'explication précédente, à une sensation réflexe, transmise par le rameau de Jacobson et par le glosso-pharyngien (1).

La dysphagie proprement dite est toujours provoquée : elle résulte en partie de l'obstacle que le bol alimentaire trouve à passer de la bouche dans le pharynx et coïncide, par conséquent, avec le deuxième temps de la déglutition; mais bien plus souvent encore elle est due aux frottements des surfaces enflammées et ulcérées les unes sur les autres, aussi les douleurs sont-elles d'autant plus vives que la déglutition se fait plus à vide. M. Ferrand (2), dans sa thèse, s'est étendu longuement sur ce mécanisme. Pendant la déglutition pharyngienne, en effet, l'épiglotte, ses replis et les cartilages aryténoïdes se mettent en contact avec les aliments ; le larynx, d'ailleurs se déplaçant, s'il existe des lésions en ces points, siège par excellence des tubercules, leur passage ne pourra se faire sans provoquer une douleur que l'expérience a démontrée être généralement proportionnelle en intensité à l'étendue et à la profondeur des lésions elles-mêmes. Voilà pour quelle raison les troubles dysphagiques se montrent de si bonne heure et si marqués dans la forme que nous décrivons (3).

(1) Cette interprétation, qui paraît la vraie dans l'immense majorité des cas, le docteur Beverley Robinson la donnait également, en 1876, dans un article où la connexion qui existe entre l'oreille et le larynx est expliquée par la présence de la branche sensitive, l'auriculaire, fournie par le ganglion supérieur du nerf vague. « Cette branche, dit-il, décrite pour la première fois par Arnold », envoie deux petits filets au conduit auditif et un troisième filet mentionné par M. Sappey qui se distribue à la membrane du tympan. La sensation douloureuse, dont l'origine viendrait du larynx, serait alors réfléchie et propagée jusqu'à l'ouïe, par les filets sensitifs que renferme le pneumogastrique. (Americ. Journ., juillet 1876).

(2) Loc, cit., p. 9.

(3) « L'œdème de la moitié droite du larynx peut être considérable et ne pas amener de dysphagie ou très peu, et c'est le contraire quand

On a remarqué, il y a longtemps, que la nature de la substance avalée joue un grand rôle sur leur détermination. Ainsi les aliments réduits en une pâte homogène et molle sont déglutis avec moins de douleur, très rarement sans douleur, tandis que les liquides et les solides ne le sont pas ou le sont avec difficulté. Chez la plupart des malades, le vin provoque une telle souffrance au passage qu'ils doivent renoncer à en boire. Chez d'autres, les aliments, principalement les boissons, ne peuvent être avalés sans qu'une grande partie ne soit rejetée par les narines, et si quelques parcelles ont pénétré dans le larynx, grâce à « la maladresse, peut-être même à la paresse des staphylo-pharyngiens ayant des insertions inférieures en contact avec une muqueuse malade » (Ferrand), elles provoquent des quintes de toux, des régurgitations et souvent des vomissements. Nous avons vu certains malades refuser d'avaler leur salive, et ce fait est dû évidemment à ce que les mouvements de déglutition se font pour ainsi dire à vide et compriment fortement la muqueuse du larynx boursoufflée et ulcérée. M. Ferrand nous apprend encore que chez les dysphagiques on rencontre de l'hypéresthésie du pharynx et du voile du palais.

Les troubles respiratoires, non moins inquiétants, ont une double origine : les lésions pulmonaires et les lésions du larynx; ces dernières seules nous intéressent. Or, le rétrécissement de l'orifice glottique reconnaît lui-même un double mécanisme : il est dû tantôt au gonflement œdémateux ou hyperplasique (phtisie laryngée œdémateuse ou hypertrophique) ou à des lambeaux flottants de muqueuse

l'œdème siège du côté gauche, ce qui s'explique facilement quand on songe que l'œsophage a son entrée du côté gauche de la trachée » Fauvel, cité par Moure (in Th. de Paris, 1879, p. 69).

— Il en est de même en cas d'ulcérations.

qui obstruent l'aire glottique, tantôt à la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs qui en amenent l'insuffisance : le cornage, la dyspnée et les accès de suffocation en sont les conséquences immédiates.

Le premier groupe de causes s'applique plus spécialement à la forme aiguë, tandis que le second s'observe plus fréquemment dans la forme chronique et se trouve alors sous la dépendance soit de la compression des récurrents par le sommet induré des poumons, soit d'une périchondrite, et, plus tard, de la luxation ou de l'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes. Incomplète au début, la compression se traduit par des signes peu prononcés; c'est tantôt de l'essoufflement, résultat d'un commencement de paralysie, tantôt de légers accès de suffocation déterminés par l'irritation continue des récurrents. Nous avons vu les troubles dyspnéiques éclater ou s'aggraver immédiatement après un refroidissement, et l'on pourrait peut-être arguer de ce fait particulier en faveur d'un œdème véritable; mais ce sont là non-seulement de simples hypothèses, mais des circonstances exceptionnelles et qu'il serait risqué sans doute de généraliser.

Enfin, on ne saurait admettre sans restriction l'opinion du docteur Joal (1) qui considère les tuberculeux comme particulièrement exposés aux spasmes laryngiens, parce qu'ils ont « la sensibilité réflexe du larynx considérablement augmentée. »

Dans cette forme de laryngite, il se produit des circonstances où le gonflement tuberculeux s'étant généralisé aux différentes parties du larynx avec une grande rapidité (2),

(1) Loc. cit., p. 31.

(2) D'après Gouguenheim, l'épaisissement seul des replis aryténo-épiglottiques ne peut produire une dyspnée excessive. (Loc. cit., p. 7).

l'asphyxie est menaçante et réclame l'ouverture de la trachée ; alors, soit dit par anticipation, la trachéotomie est une opération purement palliative et qui ne sauve pas d'ordinaire le malade d'une mort inévitable et prochaine ; aussi a-t-on rarement l'occasion de pratiquer cette opération dans les cas qui nous occupent ici. Nous verrons au contraire que dans la forme chronique, lorsqu'elle est nécessitée par la sténose résultant de productions hyperplasiques, elle peut être parfois fort utile, puisque ces dernières sont appelées à disparaître dans quelques circonstances exceptionnelles.

Mais il ne faut pas croire que tout le danger vienne de l'affection laryngée, il vient aussi et surtout de la phtisie pulmonaire dont la marche n'est ni moins active, ni moins avancée. Isambert a posé en principe « que toutes les fois que les lésions du larynx sont parvenues à la période ulcéreuse, la phtisie pulmonaire est au troisième degré. » Cette proposition, trop souvent hélas ! réalisée, a peut-être le tort d'être trop affirmative et généralisée.

3° *Période de terminaison.* — De même que dans cette période les altérations laryngées atteignent le dernier degré de la désorganisation, de même les troubles fonctionnels ne le cèdent en rien par leur violence.

La voix est depuis longtemps perdue, la toux éructante ; la dysphagie a une telle acuité qu'elle interdit tout mouvement de déglutition, ou si, malgré elle, le malade veut essayer de s'alimenter, il ne le peut qu'au prix de douleurs atroces qui le plongent dans un abattement absolu et, parfois, dans un désespoir fatal ; le plus souvent, les aliments solides sont vomis, tandis que les liquides tombent en partie dans le larynx ou sont rejetés par les fosses nasales ; en même temps, il n'est pas rare qu'une salive abondante s'écoule de la bouche ; c'est alors, également, que les dou-

leurs d'oreille sont le plus vives et se compliquent de surdité. Mais, chose étrange, tous ces désordres peuvent s'amender sensiblement et faire croire à une amélioration; tandis qu'ils sont le fait de l'épuisement général, dans lequel est plongé le malade. Aussi, convient-il de ne pas s'y méprendre, et, au lieu d'augurer en bien, il faut, au contraire, voir dans cette éventualité, le prélude d'une fin peu éloignée, et qui peut, dans quelques cas, survenir brusquement.

TUBERCULOSE LARYNGÉE MILIAIRE AIGUË

A côté de la forme commune de la tuberculose laryngée aiguë que nous venons d'étudier, il en est une autre, la forme miliaire qui, tout en présentant des troubles fonctionnels identiques, s'en trouve séparée par la singularité de ses lésions et, si c'est possible, par une évolution plus rapide encore.

Dès l'année 1871, Isambert le premier en donnait une description presque complète; il eut le tort cependant d'avancer que « la tuberculose aiguë est une pharyngite qui n'atteint le larynx que secondairement; » car, ainsi que l'a reconnu depuis M. H. Barth (1), elle peut s'y déclarer d'emblée et même, ajouterons-nous, elle y reste parfois localisée. C'est précisément ce dernier cas que nous nous proposons maintenant d'étudier.

Symptômes objectifs. — Lorsque la tuberculisation laryngée se présente sous la forme miliaire aiguë, on voit se former en un point du larynx, plus souvent en plusieurs

(1) De la tuberculose du pharynx, etc., p. 33, Paris, 1880.

points qui sont, par ordre de fréquence, la région aryténoïdienne, la face laryngée de l'épiglotte et ses replis, et les cordes vocales inférieures et supérieures, de petites saillies, arrondies, isolées, grisâtres, demi-transparentes, se détachant sur un fond en général assez coloré et fort analogues aux grains de semoule ou aux tubercules miliaires chez les enfants morts de méningite tuberculeuse (*voir fig. 4.*); l'examen histologique répété a démontré que ces saillies, bien différentes du « piqueté particulier résultant de l'hyperplasie épithéliale des canaux excréteurs des glandules et de la proéminence de celles-ci » (Krishaber et Peter), n'étaient autres que des granulations tuberculeuses. Ces granulations sont rapidement confluentes et forment des groupes irréguliers qui donnent à la muqueuse un aspect chagriné; Isambert les a rencontrées occupant tantôt une seule corde vocale ou une bande ventriculaire, tantôt les deux simultanément; néanmoins, il est essentiel d'avoir bien présent à l'esprit qu'en raison du caractère éminemment envahisseur du processus, les lésions sont toujours hâtivement généralisées et il n'est pas rare qu'elles surgissent de tous les points de l'organe à la fois; elles affectent l'allure galopante de la phtisie pulmonaire constamment coexistante. Leur évolution, en effet, est des plus rapides. Sous l'influence de l'oblitération vasculaire, plus ou moins complète, la régression commence; les granulations miliaires deviennent plus saillantes, opaques et jaunâtres, elles se caséifient, puis elles suppurent, et s'évacuent par une sorte d'énucléation.

D'abord superficielles, les ulcérations sont peu marquées et la muqueuse apparaît à peine érodée; il se forme ensuite des pertes de substance véritables, capuliformes ou cratériformes, par élimination complète des tubercules dégénérés. Isambert cite le cas très curieux et très grave

d'un employé chez lequel, par suite d'une semblable énucléation, l'épiglotte ressemblait à une sorte de pomme d'arrosoir, dont chaque trou donnait issue à un produit caséeux et semi-purulent. De même, dans quelques cas, la paroi postérieure de la trachée apparaît comme criblée de petits pertuis grisâtres.

Le travail destructif continuant à s'effectuer aux bords des ulcérations, celles-ci, d'abord disséminées, se réunissent et se généralisent à toutes les parties de l'organe, devenu le siège d'une suppuration totale; dès ce moment, la tuberculose miliaire ne diffère plus de la forme déjà décrite et, comme elle en a la terminaison, seulement plus précipitée encore, il n'y a pas lieu d'y insister beaucoup.

Troubles fonctionnels. — Les désordres fonctionnels sont constants et proportionnés aux lésions existantes; mais les troubles dysphagiques, au même titre que les douleurs d'oreille, la surdité et l'hypersécrétion salivaire, semblent distinguer cette forme entre toutes par leur intensité et leur violence. La mort en est la conséquence inévitable.

L'aggravation pulmonaire, s'accentuant d'une manière incessante, cause presque toujours la mort avant même que les altérations laryngées aient pu créer un péril imminent, et si ces dernières existaient primitivement, elles prennent un caractère des plus alarmants dès que les lésions pulmonaires se manifestent : il ne nous est pas encore arrivé de les avoir vues rétrocéder. Mais ici, abandonnant l'opinion par laquelle Isambert déclare que les malades succombent toujours à la consomption pulmonaire, nous admettrons volontiers, avec M. Barth, la terminaison par asphyxie déterminée soit par l'œdème et la sténose glottiques, soit par l'insuffisance des muscles dilatateurs.

De beaucoup la plus courte, cette forme à une durée difficile à fixer avec précision, car le nombre de faits observés jusqu'ici est fort restreint ; mais il lui arrive rarement de se prolonger au-delà de quatre ou cinq mois.

Nous avons dit que la tuberculose miliaire aiguë laryngée peut se propager au pharynx ; Isambert avait même donné à cette maladie le nom de tuberculose pharyngo-laryngée ; car le plus souvent en effet, si l'on s'en rapporte aux auteurs qui ont spécialement étudié la question, les lésions tuberculeuses coexistent dans les deux organes. Il nous resterait donc à suivre les tubercules miliaires dans la bouche et l'arrière-bouche et à voir comment ils s'y comportent ; mais, outre que ce serait dépasser notre but, cette localisation nouvelle de la diathèse, dont l'importance n'échappe à personne, a été l'objet de plusieurs travaux fort recommandables et complets auxquels MM. Isambert (1), Koch (2), Desplous (3), Ducrot (4) et H. Barth (5) ont attaché leurs noms : nous y renvoyons le lecteur.

II. — FORME SUBAIGUË

La forme subaiguë établit en quelque sorte la transition entre la forme inflammatoire et la forme chronique. Elle se rapproche de la première par sa marche naturellement progressive et sa terminaison presque toujours fatale ; elle

(1) Ann. des mal. du larynx. t. I, 1875.

(2) De l'angine scrofuleuse et de la granulie pharyngo-laryngée. Paris, 1873.

(3) De la tuberculose de l'arrière-bouche, etc. Paris 1879.

(4) Etude sur la tuberculose de la bouche, etc. Paris, 1879.

(5) Loc. cit.

s'en éloigne par ses alternatives d'exacerbation et de répit et parfois même elle rentre dans notre troisième forme en passant à l'état chronique ; sa caractéristique est de procéder par poussées successives, coïncidant ou non avec les poussées pulmonaires, et le plus souvent aggravées par elles. Dans cette forme, les lésions affectent encore la même tendance généralisatrice, laquelle est plus lente mais non moins exacte à se produire.

A. *Symptômes objectifs.* — Le début de l'affection est tantôt insidieux et ne se traduit par aucune cause facilement appréciable, tantôt il coïncide avec un refroidissement ou se déclare à la suite d'efforts vocaux exagérés. Quoiqu'il en soit, les premières lésions restent assez longtemps stationnaires et l'on observe alors à peu près tous les signes du catarrhe ordinaire, disséminés dans les divers points du larynx. La région aryténoïdienne est comme toujours la plus affectée ; d'une couleur rouge foncé qui contraste avec la pâleur régnant en d'autres parties, elle est le siège d'un commencement de tuméfaction assez uniforme et qui n'est pas celle de l'état velvétique ; des îlots colorés, parfois un simple piqueté, se remarquent sur les cordes vocales devenues cylindriques et assez souvent exclusivement sur leurs bords libres, sur les bandes ventriculaires, en même temps que sur la face laryngée de l'épiglotte dont le pourtour, à l'aspect chassieux, va sécréter un liquide épais et blanc jaunâtre ; habituellement moins colorés les replis ary-épiglottiques prennent déjà de l'extension ; un peu plus tard, l'inflammation gagnant en profondeur, pourra se propager aux articulations crico-aryténoïdiennes ; alors, les cartilages sont gênés dans leurs mouvements et, comme conséquence, les cordes vocales ne se rejoignent plus exactement sur la ligne médiane. A

ce moment, toutes ces parties apparaissent en quelque sorte comme boursouflées.

Il est possible que les altérations restent en cet état un temps plus ou moins long ou même qu'elles rétrogradent sensiblement, surtout si un traitement efficace a été institué ; de telle sorte que le malade, à part un reste d'enrouement, une légère gêne ou un picotement à la gorge, sans la moindre douleur à la déglutition, pourrait se croire guéri.

Mais survienne une influence nuisible, telle que le début de la tuberculose pulmonaire ou son empirement, si elle existait déjà, l'exposition au froid, aux poussières, les bains de mer, les attouchements intempestifs (Bayer), ou une médication inopportune, l'administration des eaux sulfureuses à doses massives par exemple, et l'on va assister à *une poussée* qui se termine par une aggravation notable de l'état pathologique préexistant. A la simple rougeur succédent des érosions superficielles, en coups d'ongle ou en coups de râpe très-fine, si la cause de l'exacerbation ne tarde pas à disparaître ; bientôt de véritables ulcérations, si elle est persistante. Mais, chose remarquable, les pertes de substances, quoique multiples, restent assez longtemps isolées ; ainsi, on observe quelques ulcérations circonscrites sur les aryténoïdes, sur les cordes vocales, sur une seule bande ventriculaire ou sur les deux à la fois, ulcérations assez régulières, à fond grisâtre et à bords rouges ; il serait même assez difficile de les distinguer des ulcérations de nature syphilitique ou scrofuleuse, si nous ne savions que ces dernieres ne s'accompagnent jamais ou presque jamais de gonflement des parties voisines et que dans la majorité des cas précédents les lésions sont bien localisées en un point de l'organe vocal, sans que les points correspondants sur lesquels il n'existe pas d'ulcérations,

soient le siège d'aucune tuméfaction, ce qui est loin d'être la règle dans la tuberculose.

Dans ces derniers cas en effet si l'ulcération est parfois unique, il est rare de n'observer de la tuméfaction que juste au niveau de la lésion et généralement les parties voisines, la région aryténoïdienne surtout, sont également affectées.

Mais, sous l'influence de causes irritantes fréquemment répétées, les bords des lésions se mortifient, celles-ci s'élargissent et tendent à fusionner. Souvent elles sont plus accentuées d'un côté que de l'autre et, tandis que le repli ary-épiglottique et la bande ventriculaire droits sont à peine altérés, ceux de gauche ont acquis assez d'extension pour faire une saillie énorme dans le larynx et recouvrir complètement la corde vocale du même côté.

Alors peut survenir un nouveau répit; mais à mesure que les lésions progressent, ceux-ci se montrent de plus en plus rares, en même temps que leur durée devient plus limitée. Sous l'action des circonstances funestes que l'on sait pouvoir survenir ou par le fait seul du processus, la désorganisation laryngée continue et rayonne; les pertes de substance se multiplient ; la suppuration générale s'établit progressivement et à la longue de gros bourgeons charnus, véritables végétations néoplasiques, s'élèvent à la région aryténoïdienne ou sortent des ventricules, et ne contribuent pas peu à augmenter la sténose glottique. Les cordes vocales sont à peu près détruites et l'épiglotte peut être réduite à un bourgeon charnu ; « le laryngoscope ne montre à l'entrée des voies aériennes que des saillies fongueuses, couvertes d'une suppuration abondante, exhalant une odeur infecte » (Isambert). Trop heureux, si le gonflement tuberculeux, par son extension rapide aux diverses portions de l'organe, ne vient pas menacer le malade

d'asphyxie. Il est à remarquer cependant que les lésions, en pareil cas, atteignent primitivement les tissus superficiels. Dès lors, on se trouve rarement en présence de ces ulcérations sinueuses et profondes, sortes d'anfractuosités qui s'étendent jusqu'aux cartilages même et dont l'origine réside, on le sait, dans l'infiltration tuberculeuse ayant siégé d'emblée dans les corps glandulaires et s'étant fait jour jusqu'à la surface.

Dès ce moment, il est facile de prévoir quelle sera la terminaison de la maladie ; on la connaît : c'est celle de la forme rapide.

Une grave complication contribue singulièrement à assombrir le pronostic ; c'est la phtisie pulmonaire dont la marche n'a pas fait moins de progrès.

Toutefois, selon la remarque de plusieurs auteurs, la marche des deux affections n'est pas rigoureusement parallèle ; tandis que l'une subit un redoublement d'exacération, l'autre semble éprouver un moment d'accalmie, comme s'il s'était produit une sorte de dérivation du processus. Mais c'est là un fait exceptionnel et, la plupart du temps, dès que les ulcérations sont constituées, la phtisie pulmonaire n'est plus sujette à répit. Nous n'avons pas cherché à fixer la durée de chacune des périodes ; car, en l'espèce, il n'est rien de plus éventuel et de plus variable.

Troubles fonctionnels. — Ceux-ci, peu marqués au début, consistent dans un enrouement persistant, rarement dans une aphonie absolue ; les malades se plaignent d'être souvent enrhumés ; ou bien le timbre de la voix s'est obscurci, les sons aigus prennent le caractère éraillé ou ne sont plus émis ; d'autre part, l'expectoration est peu abon-

dante et muqueuse, tant que l'altération pulmonaire est peu avancée ; il n'existe pas encore de dysphagie, tout au plus un sentiment de gêne au niveau du larynx.

Jusque-là les malades s'inquiètent peu de troubles aussi légers et ne doutent pas qu'ils ne disparaissent pas de la même façon qu'ils sont venus. Cependant lorsque, sous l'effet d'une exacerbation imprévue, ils les voient s'aggraver, enfin ils se décident à réclamer les soins du praticien. Alors, en effet, la voix a généralement pris un timbre plus rauque, elle est cassée et le chant à jamais compromis ; lorsque l'aphonie existe, il faut la placer sur le compte soit des paralysies soit plus souvent de la destructions des cordes vocales ; en même temps comme la région aryténoïdienne et l'épiglotte sont devenues le siège d'ulcérations, la simple gêne se trouve remplacée par la douleur à la déglutition ; l'expectoration est devenue plus abondante et purulente ; les troubles respiratoires sont en rapport avec le degré de sténose.

On voit que les troubles fonctionnels suivent exactement la même progression que les altérations apparentes. A la suite de nombreuses oscillations, lorsque ces dernières touchent à la fin de leur évolution, on les rencontre tels qu'ils existent au dernier degré de la forme rapide : aphonie absolue, dysphagie insurmontable, hypersécrétion salivaire ; nous n'y reviendrons pas.

La mort, voilà le dénoûment ordinaire de cette espèce de laryngite dont la marche est continue, mais sujette à des rémittences répétées ; sa durée, plus longue que celle de la précédente, peut être évaluée, en moyenne, à dix ou douze mois, rarement plus ; du reste, elle est singulièrement abrégée par l'intervention de certaines complications funestes, dont la plus puissante est, sans contredit, la phtisie pulmonaire. Dans des circonstances plus heureu-

ses, et peut-être par le fait d'un traitement régulier et suivi avec persévérance, la maladie passe à l'état chronique et c'est là, évidemment, le mode de terminaison le plus favorable pour le malheureux atteint de cette terrible maladie.

III. — FORME CHRONIQUE

La forme chronique, lente ou torpide de la phymie laryngée, diffère notablement de la forme aiguë et l'on cherche vainement la raison pour laquelle les auteurs ont négligé d'étudier séparément ces deux formes de la même maladie. Ils ont été presque unanimes à reconnaître la marche essentiellement lente de cette espèce de laryngite; et, cependant, on a pu voir que les caractères de la laryngite aiguë des phtisiques n'étaient ni moins réels, ni moins remarquables.

La tuberculose laryngée chronique s'observe à l'époque de la maturité de trente-cinq à quarante-cinq ans (Moure et Bertier), beaucoup plus rarement avant, quelquefois après cette époque. Elle s'affirme par la tendance constante de ses lésions à rester longuement discrètes et localisées en des points déterminés et par la lenteur de leur processus. Dans la plupart des cas, elles occupent la région aryténoïdienne et la partie postérieure des cordes vocales, parfois les replis ary-épiglottiques ou les bandes ventriculaires, beaucoup moins fréquemment la face inférieure de l'épiglotte; à moins qu'elle ne prenne le caractère aigu ou qu'elle ne touche à la fin de son cours, cette forme ne se fait jamais remarquer par des pertes de substance étendues, par des fissures profondes, par un œdème considérable et

une suppuration abondante ; de telles lésions sont le fait d'une affection qui a duré déjà plusieurs années et qui doit se terminer fatalement ; de même, elle favorise à la longue la formation de productions hyperplasiques de nature tuberculeuse qui, par leur nombre et par leur volume, peuvent devenir une cause suffisante de sténose laryngienne.

La durée de cette affection est de plusieurs années, parfois indéfinie ; elle peut aussi rétrograder et guérir. Elle peut devancer la tuberculose pulmonaire d'un temps plus ou moins long, et elle est en même temps la forme la plus curable et celle contre laquelle le traitement est le plus souvent efficace.

A. — Symptômes objectifs.

1° *Période d'infiltration.* — Tandis que la forme rapide a un début, en général, brusque et revêt les caractères d'une laryngite catarrhale aiguë, c'est en quelque sorte sournoisement et graduellement que le processus chronique entre en possession du larynx ; aussi a-t-on rarement l'occasion d'observer les malades à cette période de la maladie.

Si l'on prend le mal dès le principe, on voit qu'il est caractérisé par une décoloration très-prononcée de la muqueuse palato-pharyngée. Cette décoloration existe en même temps dans le larynx où elle remplace la teinte rosée normale, et elle constitue parfois le signe unique qui, avec ou sans une légère tuméfaction de la région aryténoïdienne, trahit l'invasion de l'affection tuberculeuse. Il est certain qu'en ce cas l'anémie laryngienne acquiert une grande importance, lorsque d'ailleurs le sujet a conservé

toutes les apparences d'une bonne santé. A elle seule, dit M. Capart, elle suffit souvent pour fixer le diagnostic; dans tous les cas, elle en indique sûrement la voie et permet de faire des réserves sur une affection qui pourrait paraître légère de prime-abord et à un premier examen.

Plus tard et plus souvent encore simultanément, la région aryténoïdienne, dont le tissu cellulaire est moins dense que sur les cordes vocales, soit spontanément, soit sous le coup des modificateurs ordinaires, commence à se tuméfier, en même temps qu'elle devient plus rouge ; la rougeur peut de là se propager toujours très-lentement à la partie postérieure des cordes vocales et parfois gagner tout leur bord libre ; celles-ci revêtent l'aspect catarrhal ; il en résulte nécessairement quelques légères modifications dans la voix. Ces divers signes, anémie initiale, tuméfaction légère et rougeur persistante confinées aux parties postérieures du larynx, autorisent déjà, dans une certaine limite et même en l'absence de tout symptôme pulmonaire, à penser à la nature tuberculeuse de la laryngite.

Dans quelques cas, les replis ary-épiglottiques ou l'un d'eux seulement participent à la tuméfaction et parfois même ils constituent à eux seuls toute la lésion ; d'après Doléris, il en est ainsi lorsqu'il n'existe pas encore d'ulcérations ; mais, par exception et seulement plus tard, l'épiglotte se prend. Le reste de l'organe conserve l'aspect normal.

Au lieu d'être ainsi uniforme, le gonflement inter-aryténoïdien présente le plus souvent une surface irrégulière, couverte d'aspérités pédiculées, caractéristiques ; c'est une sorte de groupement de petites saillies très rapprochées, tantôt rouges, tantôt jaunâtres, rappelant l'aspect grenu du velours d'Utrecht : d'où le nom d'*aspect velvétique.*

» Toutes les phymies laryngées primitives que j'ai obser-

vées dès leur première apparition, dit Mandl (1), ont présenté à la face antérieure de la paroi postérieure du larynx des *végétations primordiales* plus ou moins nombreuses, de grandeur différente, de la couleur de la muqueuse voisine ou plus pâles, même blanchâtres et ayant la plus grande analogie avec les végétations syphilitiques en crête de coq. Je n'ai jamais pu constater dans la phymie laryngée secondaire l'existence de ces végétations. » D'autre part, la statistique dressée par le docteur Brebion (2), nous apprend que « la présence de l'aspect velvétique, dans l'espace inter-aryténoïdien est la règle dans la phymie laryngée. »

Il ne nous paraît pas cependant que l'on doive être aussi affirmatif; car si cet état existe dans la plupart des laryngites tuberculeuses chroniques, il manque quelquefois et, de plus, il n'est pas toujours le fait du processus phymique. On le retrouve, en effet, également chez les arthritiques et chez les herpétiques, mais avec des caractères qui semblent suffire à le différencier. M. Brebion, qui a fait de ce symptôme une étude spéciale, a donné ces caractères distinctifs. Ainsi, d'après cet auteur, l'aspect velvétique de nature tuberculeuse reposerait sur une base presque toujours rouge et œdématiée, alors que, chez les arthritiques, la muqueuse serait le plus ordinairement normale; dans le premier cas, à moins que ce ne soit tout à fait au début, le grain est gros, polypiforme, ressemblant le plus souvent à des verrues ou à des dents de scies, rouges ou de même couleur que la muqueuse normale; dans le second cas, le grain est très fin, les papilles peu élevées,

(1) T. prat. des mal. du larynx, Paris, 1872, p. 678.

(2) Sur 100 tuberculeux de la clinique de Schrötter, l'aspect velvétique manquait six fois; — sur 65 de la clinique de Fauvel, une fois; — sur 200 examinés par Cadier, 182 avaient cet aspect (Brebion, loc. cit., p. 26).

assez semblables aux brins du velours d'Utrecht et blanchâtres; fréquemment chaque élevure à la forme d'un petit bouton d'acné sur lequel on voit par transparence une gouttelette de pus (Brebion) : mais il faut bien avouer qu'il est souvent difficile de saisir les nuances de ces caractères, tant il peut y avoir parfois entre eux de points de ressemblance.

Il est à peine besoin d'ajouter que l'état velvétique diffère beaucoup par son aspect et par ses transformations ultérieures des granulations miliaires dont l'évolution spéciale a donné lieu à une nouvelle espèce de laryngite tuberculeuse ; celles-ci, en effet, loin de demeurer confinées entre les aryténoïdes, surgissent presque au même moment dans toute l'étendue du larynx, pour subir avec une rapidité effrayante la métamorphose régressive ; celles-là, au contraire, sont à la fois plus discrètes et beaucoup plus lentes à se former.

En dernière analyse, nous dirons que si M. Brebion a été fondé à regarder l'aspect velvétique comme un bon signe de diagnostic, il a eu tort, selon nous, de voir en ce caractère un signe aussi certain de la phtisie laryngée que les craquements le sont de la phtisie pulmonaire.

Nous savons que les excroissances verruqueuses, lorsqu'elle se rencontrent chez les phymiques, s'accentuent progressivement, et c'est même en partie d'après leur volume et leur disposition que l'on juge de leur nature.

Or, il peut arriver que de pareilles excroissances, peu nombreuses il est vrai et distinctes quant à l'aspect des végétations hypertrophiques en forme de choux fleur ou de crête de coq qui n'appartiennent qu'aux formes subaiguë et surtout chronique, occupant indifféremment les divers points du larynx mais se compliquant toujours d'ulcérations, il peut arriver que ces excroissances soient assez

développées pour simuler de véritables tumeurs papillomateuses ; on pourrait donc s'y tromper, si l'on n'avait bien présent à l'esprit que la région aryténoïdienne est presque toujours respectée par les véritables polypes, ordinairement solitaires.

Il est certes inutile de faire ressortir combien une semblable erreur serait préjudiciable à l'individu, surtout si l'on ne craignait pas de porter sur ces tumeurs la pince à arrachement, opération qui haterait les progrès du mal.

Durant toute cette période, les poumons peuvent rester indemnes et, dans les trois cas déjà mentionnés, il nous a été impossible pendant fort longtemps d'y découvrir par la percussion et l'auscultation la moindre trace d'altération. Celle-ci n'est apparue que plus tard. Donc les signes pulmonaire manquent ou peuvent manquer et c'est sur les lésions laryngées qu'il faut souvent étayer le diagnostic (1). D'ailleurs rien n'est changé dans le mode respiratoire.

2° *Période d'évolution.* — Pendant un temps variable et le plus souvent indéterminé, les altérations locales font peu ou point de progrès, et les désordres fonctionnels sont stationnaires; d'une façon générale, on peut dire qu'ils demeurent tels aussi longtemps que nulle action perturbatrice ne vient réveiller leur torpidité. Mais il suffit qu'une influence accidentelle se produise, telle qu'un chaud et froid, l'exercice persistant d'une profession qui oblige à faire des efforts vocaux répétés ou expose à respirer des poussières malsaines, des attouchements intempestifs du larynx ou des tentatives d'arrachement des

(1) Il faut cependant tenir compte de ce fait que des lésions pulmonaires même avancées peuvent passer complètement inaperçues à l'oreille la mieux exercée et par conséquent nous croyons qu'il est bon de n'être pas trop affirmatif sur la non existence de ces lésions.

excroissances tuberculeuses, l'ingestion d'eaux minérales sulfureuses dont la puissance par trop irritante n'a pas été encore suffisamment calculée, il suffit, disons-nous, d'une influence irritante ou parfois même d'une cause indéterminée pour que le processus perde son caractère torpide et, subissant une poussée, réunisse en partie les traits propres à la forme subaiguë, ou même parfois prenne une allure franchement inflammatoire et se comporte alors comme la forme aiguë *(Voir* p. 32).

A moins que le malade ne soit rapidement soustrait aux influences qui ont provoqué l'exacerbation, auquel cas la tuberculose peut rétrograder, la maladie suit une marche lente, mais toujours progressive, l'œdème gagne les replis ary-épiglottiques et constitue en quelque sorte la seule altération appréciable à la vue, mais des lésions plus graves vont se produire. En effet, en un ou plusieurs points de la muqueuse qui recouvre la surface aryténoïdienne et les replis, ou sur les bords des rubans vocaux et même sur la face inférieure de l'épiglotte, il se forme de petits amas jaunâtres et légèrement saillants qui se dessinent sur la couleur plus ou moins foncée du reste de l'organe et qui montrent que le travail régressif des tubercules situés en ces points touche à sa dernière transformation ; les granulations s'ulcèrent et leurs produits s'éliminent, laissant à leur place des pertes de substances variables, mais encore peu étendues. Celles-ci sont arrondies ou allongées, leur fond est grisâtre, leurs bords légèrement saillants ; elles se font surtout remarquer par leur double tendance à ne pas se cicatriser et cependant à rester discrètes, tandis que, dans les formes que nous connaissons, nous les avons vues ne pas cesser de s'agrandir tant aux dépens des tissus superficiels que des tissus profonds. Ici c'est seulement à force de temps ou par le fait de modifi-

cations imprévues qu'elles y parviennent et qu'on voit naître de leurs bords ces grosses granulations hyperplasiques qui parfois ne manquent pas d'avoir quelques traits d'analogie avec les productions polypeuses. De même, le gonflement tuberculeux qui se développe de préférence autour des ulcérations n'est jamais très-prononcé, et ce n'est qu'à un degré beaucoup plus avancé du mal qu'il acquiert ces dimensions énormes qui sont une source de périls pressants dans le cours de l'affection aiguë.

Les lésions épiglottiques n'ont pas leur gravité habituelle et, quand elles n'occupent pas la base, elles sont confinées aux glandules qui bordent l'opercule et dont l'altération est connue sous le nom d'aspect chassieux. Le long des rubans vocaux, on remarque la même altération ; plus tard, ceux-ci ont pris un aspect différent et plus grave ; simplement dépolis au début, ils sont maintenant ramollis et relâchés et, au moment de s'ulcérer, ils prennent par places une teinte gris-sâle ou jaunâtre, indice du travail d'ulcération ; plus tard encore, leurs bords sont déchiquetés par le fait de saillies végétantes qui s'y sont développées, en commençant par leur partie postérieure ; ils semblent taillés en dents de scie et propres à s'engrener, en un mot ils ont l'aspect serratique.

L'infundibulum laryngien n'échappe pas au processus ulcéreux et les excroissances bourgeonnantes y prennent parfois un développement assez considérable pour entraîner une sténose dangereuse.

Or, même parvenues à ce degré de gravité, les altérations sont capables de disparaître par le fait du traitement. Il est rare cependant que la rétrocession se fasse d'une manière absolue et c'est surtout du côté des articulations crico-aryténoïdiennes, profondément endommagées, qu'elle reste alors incomplète ; de là, l'apparition de certains trou-

bles fonctionnels fort remarquables et pas toujours exempts de danger. Une lésion qu'il importe de bien connaître, parce que l'on aura fréquemment occasion de la rencontrer, c'est l'ankylose possible et consécutive de l'une ou l'autre des articulations précédentes. Il est facile de s'en assurer. En effet, au lieu de se déplacer pendant l'expiration, l'articulation malade reste immobile, tandis que sa congénère, effectuant son mouvement de bascule ordinaire, se porte en même temps vers la ligne médiane et souvent fait une saillie notable au-devant de l'articulation malade. Il en est de même de la corde vocale qui semble également exagérer son mouvement d'adduction pour arriver à suppléer l'autre, restée inactive. Par suite, il se produit une déformation asymétrique de l'orifice glottique, déformation que peut encore entraîner la paralysie de l'un des récurrents, plus particulièrement du récurrent droit, produite par l'induration pulmonaire. Dans les circonstances tout aussi fréquentes où les deux nerfs sont comprimés, dans celles où les articulations sont toutes deux ankylosées, les cordes vocales occupent la position cadavérique : il en résulte une dyspnée très-grande déterminée par le rétrécissement permanent de la glotte.

Mais si tels sont dans la généralité des cas les caractères du processus tuberculeux chronique, il existe certaines particularités dans sa marche, qui, pour être plus rares, n'offrent pas moins d'intérêt. Ainsi, il ne faut pas s'étonner de découvrir des lésions tuberculeuses dans des régions où elles n'ont pas l'habitude de se développer primitivement; en effet, ici les lésions sont susceptibles d'occuper indifféremment les divers points de l'organe et même de se localiser à une moitié du larynx. « Dans d'autres cas, assure le docteur Moure (1), on pourra rencontrer un gon-

(1) De la syphilis et de la phtisie laryngées. Paris, 1879.

flement des tissus borné à une moitié du larynx tout entière, mais les parties atteintes sont finement granulées, souvent déchiquetées, rouges. On a en quelque sorte sous les yeux une *hémiphymie*. » Ces faits, ajoute le même auteur, sont loin d'être exceptionnels.

D'autres fois, c'est l'épiglotte qui est en partie tuméfiée, ulcérée ou détruite ou bien ce sont les cordes vocales qui ont entièrement disparu et qui sont remplacées par les bandes ventriculaires. Dans des cas, qui paraissent extrêmement rares, les cartilages s'ossifient. Mais, on peut dire d'une manière générale que la région aryténoïdienne est toujours atteinte et tuméfiée, plus ou moins pâle ou rosée, le plus souvent d'aspect granuleux et irrégulier.

Toutes ces différentes lésions pourront être observées dans la seconde période et dans l'ordre de fréquence indiqué.

3° *Période de terminaison.* — La tuberculose laryngée chronique, même quand elle est arrivée à la phase d'ulcération, est susceptible tout au moins de rester longtemps stationnaire, sinon de rétrograder et de guérir, comme le professent MM. Pelan (1), Boisson (2), Bosworth (3), Maurice Schmidt, Schnitzler, Stoerk, Porter (4) Gouguenheim Fletcher-Ingals, Cadier et d'autres encore. » La durée des deux premières périodes est indéfinie, écrit (Isambert (5) ; il en résulte que tous nos efforts doivent tendre à les prolonger. » Il est bien certain d'ailleurs que la phtisie laryngée ulcéreuse est celle que l'on observe com-

(1) Loc. cit. p. 34.
(2) Loc. cit. p. 29.
(3) A manual of diseases of the troat and nose. New-York, 1881, p. 93.
(4) Arch. of Laryng. N.-Y, 1er octobre 1881, p. 223.
(5) Conférences cliniques, p. 202.

munément dans la pratique, par la raison bien simple que les malades ne songent à se soigner que lorsque déjà le processus a accompli une grande partie de son évolution ; par suite, presque tous les exemples de guérison relatés par les auteurs se rapportent à des sujets chez lesquels les tubercules avaient subi le ramollissement.

Par guérison il ne faudrait pas toujours entendre le retour à l'état normal et primitif des parties autrefois atteintes ; cette dernière tout en étant complète peut cependant laisser des traces du passage de la terrible affection. Dans quelques cas, on a pu constater des guérisons réelles et le retour du larynx à un état absolument normal qui ne laisse rien préjuger de la maladie antérieure ; ce fait s'est produit dans l'exemple suivant déjà publié par le docteur Moure dans son travail inaugural, comme un type de tuberculose laryngée. (*voir pl.* II, *fig.* V). Voilà bientôt cinq ans que la malade est entièrement guérie et depuis cette époque la guérison ne s'est pas démentie un seul instant. Voici du reste l'observation :

Observation I (Thèse du Dr Moure).

Catarrhe aigu dû aux inhalations d'acide sulfureux survenu dans le cours d'une phtisie laryngée, Trachéotomie. Guérison.

Mme E. Cr..., chapelière, âgée de quarante-huit ans, se présente le 13 janvier 1879 à la clinique du docteur Fauvel.

Elle est malade depuis trois ans, époque à laquelle elle a eu, dit-elle, un chaud et froid qui lui a causé une bronchite dont elle ne s'est point guérie ; depuis, elle a continué de tousser.

Antécédents héréditaires. — Sa mère vit encore.

Père mort d'une affection pulmonaire dont elle n'a pu préciser la nature.

Deux sœurs mortes tuberculeuses, l'une à trente-cinq, l'autre à vingt-deux ans.

Une nièce morte de la même maladie à vingt-sept ans.

La malade s'est aperçu depuis cinq ou six mois qu'elle avait maigri de 22 livres. Elle a perdu l'appétit et les forces. Pas de diarrhée, mais vomissements fréquents après des quintes de toux. Elle est ordinairement bien réglée. Sa voix a commencé à se voiler depuis deux ans et demi, et depuis cette époque il y a eu des alternatives de mieux ou de mal.

État actuel. — Les symptômes précédents continuent leur cours, la malade, amaigrie, ne parle plus qu'à voix basse. En l'examinant, on trouve les lésions suivantes :

Le voile du palais est profondément décoloré, ainsi que la muqueuse du vestibule laryngien.

La région aryténoïdienne seule tranche par sa rougeur uniforme sur le reste de l'organe. La corde vocale inférieure gauche se meut difficilement.

Du côté droit, la corde vocale supérieure rouge et un peu œdématisée recouvre presque entièrement le ruban vocal de ce côté, mais on ne constate aucune ulcération.

La malade se plaint de douleurs du côté du larynx, peu exagérées par la pression, mais augmentées par les mouvements de déglutition.

Pas de ganglions sous-maxillaires ou occipitaux, engorgés.

Poumons. — La percussion ne donne qu'une légère submatité sous la clavicule gauche et au niveau de la fosse sus-épineuse de ce même côté.

L'auscultation, au contraire, révèle des craquements à timbre humide sous la clavicule gauche.

La respiration est rude, et l'expiration prolongée du côté droit.

La malade est mise à l'huile de foie de morue, l'arséniate de soude, le phosphate de chaux, et on lui ordonne aussi un vésicatoire à demeure au bras gauche.

Le 27 janvier. On constate un défaut de rapprochement des cordes vocales inférieures et de la rougeur surtout marquée au niveau de la corde vocale inférieure droite.

La malade dit aller beaucoup mieux, mais la voix a plutôt encore baissé de ton.

27 février. La malade présente sous la corde vocale inférieure

droite une végétation polypiforme qui occupe sa partie postérieure; cette tumeur a un aspect rougeâtre, elle déborde la corde vocale de ce côté et n'est autre chose qu'un gonflement de la muqueuse sous-glottique (œdème sous-glottique).

La corde vocale supérieure droite a un peu diminué de volume, mais les rubans vocaux présentent un aspect grisâtre.

26 mars. La malade, depuis le 27 février, s'était plainte à différentes reprises de sueurs nocturnes et de toux suivie d'expectoration qui rendait son sommeil pénible; on lui ordonna une potion opiacée et des pulvérisations bromo-morphinées pour calmer la douleur qu'elle éprouvait, pendant la déglutition surtout. A ce moment, la douleur se transmettait nettement à l'oreille.

L'examen laryngoscopique montra l'existense de petites végétations grisâtres à l'extrémité postérieure de la corde vocale droite, de l'œdème de la région aryténoïdienne du côté opposé; la corde vocale gauche était rouge et ulcérée par places. L'œdème sous-glottique n'avait pas augmenté.

30 mars. La malade se plaint d'accès de suffocation revenant par intervalles. L'examen montre une rougeur généralisée de tout le vestibule de la glotte.

Toute la muqueuse est œdématiée, et la fente glottique mesure environ 1^{mm} 1/2 en arrière à sa partie la plus large. (Voir pl. n° 1, fig. 8).

La malade respire difficilement; elle a du cornage et un peu de tirage. La voix est chuchotée. En l'interrogeant, on apprend qu'elle s'est exposée depuis quelques jours aux vapeurs d'acide sulfureux, pour le nettoyage des chapeaux de paille. C'est la cause qui a déterminé cette inflammation aiguë surajoutée aux lésions préexistantes et déterminé ce gonflement de toute la muqueuse laryngée.

Le 3 avril. Les accès de suffocation allant en augmentant d'intensité, le cornage et le tirage ayant augmenté, l'ouverture de la glotte se rétrécissant de plus en plus, on se tient prêt à faire la trachéotomie qui est pratiquée dans la nuit du 4 au 5 avril. Depuis, la malade respire avec sa canule.

Les lésions pulmonaires ont fait un peu de progrès. Des deux côtés on entend des râles humides surtout marqués à gauche (1).

(1) Cette partie de l'observation a été déjà publiée dans mon travail inaugural (De la syphilis et de la phtisie laryngées au point de vue du diagnostic) et j'ai même rapporté l'image du larynx dans les planches qui accompagnent mon travail. (Moure).

En 187 , je pratiquais l'examen laryngoscopique et constatais *l'absence absolue* de toute lésion de la muqueuse laryngée, les cordes vocales étaient blanches, mais un peu moins nacrées qu'elles ne le sont à l'état normal, surtout chez la femme, elles étaient également un peu relâchées et la région aryténoïdienne, sans être tuméfiée, semblait cependant moins ferme qu'à l'état physiologique.

La malade, qui avait notablement engraissé, parlait alors d'une voix claire, mais un peu molle et peu vibrante.

Du côté des poumons, on constatait encore une certaine rudesse du murmure respiratoire, mais on ne pouvait découvrir le moindre râle. La malade portait encore sa canule fermée, il est vrai, mais elle n'avait pas voulu la quitter, craignant d'éprouver une nouvelle gêne respiratoire et redoutant l'intervention chirurgicale.

Depuis cette époque, j'ai revu tous les ans la malade et j'ai même eu encore tout récemment de ses nouvelles. Elle a repris toutes ses occupations, a même été enrhumée, mais sa guérison ne s'est jamais démentie un seul instant et l'état du larynx est absolument normal, ainsi qu'il résulte de l'examen de cet organe, pratiqué dernièrement par mon confrère et ami, le docteur G. Coupard.

Dans d'autres cas, il faudra beaucoup moins demander au processus curateur; c'est ainsi que l'épiglotte pourra avoir disparu en grande partie, emportée par le travail ulcératif (Voir pl. II, fig. VIII), sans que l'on puisse espérer de voir se reformer la portion détruite de l'opercule glottique; ou bien tantôt il restera une ankylose de l'une des articulations crico-aryténoïdiennes et, par conséquent une immobilité de la corde vocale correspondante; tantôt ce sont les cordes vocales qui seront absolument désorganisées et resteront telles; le malade pourra, dans ces cas, arriver encore à parler avec une voix enrouée, toute spéciale, à l'aide des bandes ventriculaires, faisant office de cordes vocales. Enfin, dans quelques circonstances plus heureuses, nous avons vu les cordes vocales se reformer en partie sinon de toutes pièces, avec un tissu fibreux, parfaitement lisse, uni et nacré, mais par une sorte de bourgeonnement fibro-

muqueux; les saillies correspondaient à des anfractuosités de la paroi opposée et parvenaient à remplir les fonctions des cordes vocales. Nous avons observé assez récemment un fait de ce genre.

Observation II.

Tuberculose laryngée secondaire améliorée.

M. X..., vingt-huit ans, ébéniste, se présente à la clinique du docteur Moure, le 31 décembre 1882, avec tous les signes d'une phtisie pulmonaire à la seconde période, accompagnée d'une tuberculose laryngée avancée.

Antécédents héréditaires : sœur morte d'une maladie chronique de la poitrine; antécédents morbides : bronchites et enrouements fréquents.

Examen laryngoscopique : voile du palais très décoloré; œdème des aryténoïdes et ulcération anfractueuse de la région inter-aryténoïdienne; l'œdème se prolonge aux replis épiglottiques ; cordes vocales exulcérées presque sur toute leur étendue; état serratique de leurs bords; muqueuse entièrement disparue; gonflement pyriforme, pas très prononcé cependant, des bandes ventriculaires; rougeur vive de la face laryngée de l'épiglotte; légère dysphagie pendant la déglutition et sensation de picotements continuels; dyspnée lorsque le malade marche vite; toux fréquente, crachats muco-purulents, amaigrissement, sueurs nocturnes et signes physiques de la phtisie pulmonaire.

Traitement général et traitement local habituels.

3 février 1883. — Le malade, qui se soigne très régulièrement, a vu son état s'améliorer sensiblement, et, contre toute espérance, les lésions semblent rétrocéder simultanément dans les deux organes. Nous engageons le malade à continuer fidèlement la médication prescrite.

Grâce à elle, l'affection du larynx est l'objet d'une rétrocession remarquable; en effet, peu à peu, les lésions se sont détergées et suppurent moins; l'ulcération inter-aryténoïdienne s'est notablement rétrécie, les replis ont diminué de volume, de même que les bandes

ventriculaires; la couleur de toutes ces parties est rosée; les cordes vocales, en quelques points, reprennent un semblant de muqueuse : ce sont d'abord quelques îlots blanchâtres, disséminés au milieu d'ulcérations qui, successivement, tendent à disparaître; en même temps, la voix, une voix très rauque, il est vrai, revient. Cette amélioration met un mois environ à se produire. Pendant ce temps, l'affection des poumons est restée stationnaire; le malade tousse beaucoup, surtout la nuit, mais il crache moins; il mange bien et presque sans difficulté; il n'a presque plus de sueurs nocturnes et l'appétit est excellent.

10 mars 1882. — A cette date, le malade se considère presque comme guéri de son larynx, et il se plaint seulement d'une toux fatiguante et quinteuse qui survient principalement la nuit.

Examen laryngoscopique : la région aryténoïdienne n'est plus ulcérée; on y voit une cicatrice blanchâtre; les aryténoïdes et les replis sont peut-être encore un peu tuméfiés, mais les cordes vocales apparaissent comme deux rubans blanchâtres dont la partie postérieure est rouge et un peu ulcérée à gauche, à l'insertion aryténoïdienne; les bandes ventriculaires ne sont plus tuméfiées, et l'épiglotte est normale. Plus de dysphagie; voix rauque et pouvant maintenant tenir la conversation.

Les lésions pulmonaires, qui existent toujours, ne se sont pas modifiées. Le traitement est continué.

Il est facile de voir que chez ce malade il ne pouvait être question d'atrophie musculaire, car, s'il en eût été ainsi, la voix aurait été infailliblement perdue. D'un autre côté, on serait mal fondé à prétendre qu'en pareil cas, les sons aient pu être émis, grâce « aux vibrations imprimées par les malades, à des lambeaux de muqueuse flottant dans l'intérieur du larynx, comme le fait à pu se produire dans quelques circonstances » (Moure). Ce malade, soumis deux fois par semaine à l'examen laryngoscopique, an jamais rien présenté de semblable. Il peut parler et tenir la conversation; il ne pousse pas de sons discordants et ne rappelle en aucune façon, cet autre « qui, par un méca-

nisme bizarre, faisait entendre des sons de ce genre, produit par les vibrations de l'épiglotte, laquelle affectait une position vicieuse et se trouvait renversée en arrière; elle formait ainsi uue espèce de glotte avec les aryténoïdes dont la muqueuse était considérablement gonflée. »

On comprendra que nous n'insistions pas davantage sur les différents modes de guérison de la tuberculose laryngée, car on peut observer toutes sortes d'altération de la muqueuse (absence des bandes ventriculaires, d'un aryténoïde même, etc.); nous nous sommes borné à signaler les cas les plus habituels et que l'on a le plus de chance d'observer dans la pratique courante.

Mais si cette forme de laryngite tuberculeuse guérit quelquefois, il arrive trop souvent encore que, soit du fait du processus lui-même, soit par la répétition ou la persistance des causes plusieurs fois signalées, elle s'aggrave, au contraire, et s'approprie alors tous les caractères de la forme rapide. Les lésions, d'abord localisées, se généralisent comme elle le font presque toujours d'emblée dans cette dernière. Les ulcérations étaient superficielles et n'occupaient qu'une partie de la surface aryténoïdienne, des cordes vocales, le bord libre ou la base de l'épiglotte; maintenant elles s'agrandissent sans cesse par la destruction rapide de leurs bords qui tendent à se confondre; les replis ary-épiglottiques voient en peu de temps leur volume doubler, de telle sorte qu'ils empêchent presque absolument d'apercevoir les rubans vocaux; en même temps, les tissus s'y mortifient par places; les bandes ventriculaires sont le siége de lésions semblables, les articulations et les cartilages eux-mêmes sont atteints par le processus inflammatoire; et, après avoir été mis à nu, ils s'ossifient et se nécrosent; on a vu l'ossification atteindre dans quelques cas des proportions assez considérables, mais nous

ne croyons cependant pas que l'on eût encore publié un fait aussi net que celui que nous allons résumer, et que nous devons à l'obligeance de M. Dignat (1). Qu'il nous soit permis tout d'abord de de remercier ici M. Dignat, interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous fournir certains détails complémentaires et nous dessiner la planche qui accompagne cette intéressante communication.

Observation III

Delhoume (Martial), maçon, actuellement âgé de quarante-trois ans, originaire de la Haute-Vienne, sans antécédents héréditaires, a joui, jusqu'en l'année 1877, d'une excellente santé. A cette époque, il eût, ainsi qu'il le raconte « un rhume négligé », à la suite duquel persista une toux opiniâtre, en même temps que survinrent quelques hémoptysies légères qui se reproduisirent plusieurs fois pendant une période de deux ou trois mois. Au bout de ce temps, les crachements de sang cessèrent et firent place à d'autres accidents du côté de l'appareil digestif, tels que diarrhée et constipation se succédant tour à tour, à des intervalles irréguliers. Néanmoins, le malade put continuer son travail comme d'habitude, et cet état s'étant spontanément modifié, Delhoume se trouva très bien portant dans la suite.

Vers le mois de décembre de l'année 1881, il se sentit devenir faible, en même temps qu'il constatait chez lui un amaigrissement très notable. En outre, il recommença à tousser et ressentit quelques douleurs au niveau des clavicules et des épaules, surtout du côté gauche. Quoiqu'il eût fréquemment des crachements, jamais, à cette époque, il ne remarqua de sang dans ses crachats. Cet état de faiblesse extrême l'obligea à garder le lit pendant quelque temps.

Au mois de mars de l'année suivante, il ressentit, pour la première fois, quelques picotements à la gorge. Ces picotements étaient plus intenses lorsqu'il toussait. De plus, la tonalité de sa voix baissa, et dès ce moment, celle-ci resta constamment enrouée. Le malade eut

(1) Communication à la Société d'anatomie de Bordeaux; séance du 17 avril 1883.

alors recours à des gargarismes, mais sans aucun succès, car l'état de son larynx, loin de s'améliorer, ne fit que s'aggraver de jour en jour, jusqu'à ces derniers temps, où les douleurs devinrent telles que la toux était très pénible pour Delhoume. Il y eut en outre désormais un peu de gêne respiratoire.

L'état général devenant plus mauvais, le malade entra, le 29 janvier 1883, à l'hôpital Saint-André, salle 19, lit 10, (service de M. Mandillon), où nous l'avons observé depuis.

Etat actuel. — Maigreur considérable du corps. Cequi, en outre, frappe surtout chez notre malade, à la simple inspection, c'est un bruit laryngien assez net qui se produit à chaque mouvement respiratoire, et une raucité considérable de la voix toutes les fois qu'il parle.

La percussion et l'auscultation donnent tous les signes de la phtisie pulmonaire au second degré.

Le malade tousse fréquemment, et la toux provoque des douleurs très vives au niveau du larynx. Expectoration assez abondante. Les crachats sont blanchâtres, semi-visqueux, légèrement purulents, et parfois striés de sang.

Delhoume ne paraît pas avoir de fièvre ; il se plaint d'avoir chaque soir des sueurs abondantes.

L'appétit est assez mauvais. Malgré les douleurs qu'occasionne la déglutition des aliments solides, il peut encore manger. Cependant, le malade a une préférence marquée, par suite de la sensibilité extrême du larynx, pour les aliments semi-liquides. Rien de spécial du côté des autres appareils. Comme traitement, on prescrit : potion calmante, toniques, et de plus, gargarisme et collutoire.

L'état du malade ne varie pas sensiblement jusqu'au 10 fé-vrier. Ce jour-là Delhoume souffre beaucoup du larynx. Il déclare en outre ne pouvoir se gargariser, ni badigeonner l'arrière-gorge, avec le collutoire à cause des douleurs que provoquent ces manœuvres. On lui fait dans la journée deux injections de morphine.

Le 13 février, il a une hémoptysie abondante. La sensibibilité de la gorge est telle qu'il n'avale plus d'aliments solides, ni ce jour-là, ni les jours suivants. Delhomme se nourrit exclusivement de bouillon et de lait. Les injections sous-cutanées de morphine sont faites au niveau de la région sous-hyoïdienne, sans que le malade éprouve par ce fait, plus de soulagement.

Le 2 mars, le malade ne peut plus avaler ni bouillon ni lait. De même le lendemain.

Le 4 mars, nous avons recours au cathétérisme de l'œsophage. Nous essayons à trois heures d'introduire la sonde, mais sans y réussir. La sonde, enfoncée de quelques centimètres dans l'œsophage provoquait des accès de suffocation tels que nous nous hâtons de la retirer. Quelques minutes après cette nouvelle tentative nous faisons un nouvel essai : mêmes difficultés par suite de la suffocation.

En outre, nous sentons, à un moment donné, que la sonde est resserrée par des contractions spasmodiques du conduit œsophagien, suffisantes pour l'empêcher de pénétrer plus profondément. Nous éprouvons même une certaine résistance lorsque nous le retirons. Ayant renoncé au cathétérisme, onprescrit des lavements alimentaires.

A la visite du lendemain, notre chef, M. Mandillon, essaie, à son tour, d'enfoncer la sonde. Une première tentative échoue. A la seconde, l'instrument pénètre à fond, mais un nouvel accès de suffocation étant survenu, il est retiré aussitôt, sans qu'on ait pu l'utiliser pour alimenter le malade. On s'en tient désormais à deux lavements alimentaires par jour.

Delhoume reste ainsi pendant cinq ou six jours, sans pouvoir rien avaler. Il est presque complètement aphone. Au bout de ce temps, il parvient à avaler quelques gorgées de lait et de bouillon. Malgré tout, on lui administre toujours ses lavements.

Cet état se prolonge jusqu'au 2 avril, où le malade a une nouvelle hémoptysie très abondante dans la nuit. Les douleurs de gorge, continues et très intenses, s'exagèrent encore dans des accès atroces, qui se renouvellent fréquemment et que rien ne peut calmer. En dehors de ces crises, Delhonme reste dans un état somnolent; il lui est de nouveau impossible d'avaler quoi que ce soit (1). Il reste ainsi jusqu'au 10 avril.

Ce jour-là, surviennent une diarrhée abondante et des sueurs considérables. En outre, dyspnée très grande. Le malade est complètement aphone.

(1) La dysphagie que présente ce malade paraît due simplement aux douleurs que provoquent les mouvements de déglutition, douleurs analogues à celles que produisent chez lui les efforts de toux, et non, comme on pourrait le supposer, à des accès de suffocation qui surviendraient au même moment. Ces accès de suffocation n'ont pas été observés chez Delhoume en dehors des moments où le cathétérisme œsophagien fut pratiqué. Jamais, en effet, tant qu'il a pu avaler des aliments, soit solides, soit liquides, nous n'avons constaté de suffocation, pas même dans les derniers jours, quand il pouvait avaler encore, quoique très péniblement, quelques gorgées de liquide

Le 11 avril, même état.

Le 12, le pouls est très petit; les extrémités sont froides et la peau couverte de sueurs. Le malade est dans une torpeur profonde. Au lieu d'injection de morphine, nous pratiquons deux injections sous-cutanées d'éther.

Le 13, même état : ce jour-là également, deux injections d'éther. Le malade meurt à sept heures du soir.

(L'examen laryngoscopique n'a jamais été pratiqué.)

Autopsie. — *Poumons.* Infiltration et ramollissement.

Larynx. — Le larynx est enlevé avec la langue et l'œsophage. A sa *surface externe*, on constate des ulcérations nombreuses sur les replis glosso-épiglottiques qui sont un peu œdématiés. La face postérieure de l'épiglotte est le siège elle-même d'ulcérations superficielles n'ayant pas mis à nu le cartilage. Cet opercule n'est pas très œdématié.

L'œsophage étant ouvert par une incision parallèle à son axe de sa paroi postérieure, on constate une perforation de la paroi antérieure de cet organe. La partie perforée est arrondie; ses dimensions sont à peu près égales à un 1/2 centimètre de diamètre. Les bords sont nets, non déchiquetés, et la muqueuse, à son voisinage, est rouge violacée. Par cette ulcération, sort dans la cavité de l'œsophage une pointe osseuse, ressemblant à une canine de chien, tant par sa forme que par sa couleur. *(Voir fig. 1.)*

Le thyroïde est en partie ossifié, sur ses portions latérales. Le cricoïde paraît être sain dans ses deux tiers inférieurs.

Surface interne. — Le larynx étant ouvert dans le sens de sa longueur, on constate l'état suivant : *(Voir fig. 2.)*

Toute la face médiane et laryngée de l'épiglotte est saine. Sur ses parties latérales, et au niveau de la base, existent des ulcérations qui se prolongent jusque sur la face interne des replis aryténo-épiglottiques. Ces derniers sont le siége d'un gonflement œdémateux considérable, et sont hérissés de petites saillies verruqueuses.

La bande ventriculaire gauche est tuméfiée, bourgeonnante, et au-dessous de cette dernière, dans le ventricule de Morgagni, existe une vaste ulcération très profonde, ayant mis à nu le cartilage thyroïde dans sa partie antérieure, au niveau de l'insertion de la corde vocale qui a en grande partie disparu. Une véritable cavité remplie de pus, au moment de l'ouverture du larynx, est creusée à ce niveau dans l'épaisseur de la muqueuse et du thyroïde.

Le cartilage aryténoïde de ce côté a complètement disparu, et au niveau de l'articulation crico-aryténoïdienne se trouve une cavité également remplie de pus, ainsi que de fragments venant en partie de la base de l'aryténoïde, en partie de la face supérieure du cricoïde, qui est ossifié à ce niveau.

Du côté droit, la bande ventriculaire est très légèrement œdématiée; le ventricule de Morgagni est assez net, et la corde vocale inférieure de ce côté, légèrement tuméfiée, est détruite dans son tiers postérieur. Au niveau de la partie postérieure du larynx, et au point où finit le repli ary-épiglottique de ce côté, existe une ulcération à bords anfractueux, recouvrant toute la face interne du cartilage aryténoïde qui est ossifié et en partie nécrosé.

L'articulation crico-aryténoïdienne du côté droit paraîtsaine.

Plus en arrière, et au-dessous, sur la face supérieure du cricoïde qui est ossifié à ce niveau, se trouve une véritable exostose en partie nécrosée, ayant absolument la forme du crochet de chien. Cette exostose perfore, comme le ferait une épine, la paroi postérieure du larynx pour venir faire saillie jusque dans l'œsophage. Elle présente une coloration jaune ambré et a le même aspect et la même consistance que l'ivoire dentaire.

La paroi postérieure du cricoïde est saine.

La muqueuse de la trachée est ulcérée, et érodée dans la plus grande partie de son étendue. Les anneaux trachéaux sont sains.

EXPLICATION DES FIGURES

Fig. 1.

Larynx vu par sa face postérieure ; l'œsophage est encore adhérent par sa paroi intérieure à la face postérieure de la trachée, il a été simplement partagé en arrière sur la ligne médiane et rabattu de chaque côté.

1 Epiglotte.
2. — Paroi postérieure du larynx correspondant au chaton du cricoïde ;
3. — Exostose éburnée en forme de dent, ayant perforé la paroi œsophagienne et venant faire sa saillie dans ce conduit ;
3. — Face interne et latérale du cartilage thyroïde ;
5. — Sommet de la grande corne du cartilage tyroïde ;
6. — Partie postérieure des anneaux de la trachée vus par transparence à travers la paroi œsophagienne ;
7. Paroi antérieure et interne de l'œsophage ;
8. Paroi postéro-latérale de l'œsophage.

Fig. 2.

Larynx et trachée ouverts par leur partie postérieure.

1. Epiglotte, vue par sa face postérieure (laryngée) ;
2. Bande ventriculaire droite tuméfiée et ulcérée au niveau de sa paroi ventriculaire, du côté gauche ;
2. *(Bis)*, elle est fongueuse et également ulcérée ;
3. Repli ary-épiglottique ;
4. Face interne et latérale du cartilage thyroïde ;
5. Grande corne du cartilage thyroïde ;
6. Ventricule de Morgagni ulcéré et rempli de végétations du côté gauche, et au niveau de la partie postérieure, on aperçoit une anfractuosité qui était remplie de pus.
7. Corde vocale inférieure déchiquetée au niveau de son bord supérieur et en partie détruite dans son tiers postérieur du côté gauche ;
8. Chaton du cartilage cricoïde sectionné ;
9. Anneaux de la trachée sectionnés ;
10. Partie antérieure (angle rentrant) du cartilage thyroïde divisée verticalement ;
11. Paroi interne de la trachée.

Enfin, du côté de l'épiglotte, on peut voir se produire chacune des modifications singulières que nous avons étudiées; en un mot, le larynx ne forme plus dès ce moment, qu'une vaste plaie suppurante et dont il n'est plus en notre pouvoir d'obtenir la cicatrisation. Nous verrons que les désordres fonctionnels ne le cèdent en rien par leur violence aux altérations anatomiques.

B. — **Troubles fonctionnels.**

1° *Période d'infiltration.* — La voix qui, dans quelques cas, reste longtemps intacte, s'affaiblit et devient enrouée; cet enrouement n'a d'autre origine que l'état dépoli des rubans vocaux et surtout le boursoufflement de la muqueuse aryténoïdienne. Il est exceptionnel que le malade tousse, tant que le processus a respecté les poumons et l'on se souvient d'avoir vu M. Gouguenheim avancer que l'absence de la toux est une présomption en faveur de l'admission d'une laryngite tuberculeuse, isolée de toute tuberculisation pulmonaire. Mais dès que l'induration commence, une toux sèche et fréquente ou même quinteuse, due probablement à l'irritation du récurrent comprimé, se déclare. L'expectoration est nulle, on le conçoit sans peine, ou bien quelques crachats muqueux et filants sont rejetés par exagération de la sécrétion des glandules laryngiennes.

C'est dans cette forme que l'on pourra rencontrer ces petits amas arrondis, pelotonnés, blanchâtres ou perlés, que l'on retrouve souvent dans le cours des catarrhes chroniques et qui sont vraisemblablement sécrétés par les glandes siégeant dans les ventricules du larynx.

La dysphagie fait absolument défaut et, en pareil cas,

il existe simplement une sensation anormale que le sujet rapporte au niveau du larynx, sans qu'il lui soit possible de la bien définir. D'ailleurs, la phonation et la déglutition ne paraissent pas modifiées et elles ne le deviennent ordinairement que du fait des ulcérations. Ajoutons que l'hypersécrétion salivaire, compagne habituelle des formes dysphagiques, ne se rencontre jamais ici et qu'il y a, au contraire, de la sécheresse à la gorge.

Si l'on en croit la plupart des auteurs, cette première phase de la tuberculose chronique du larynx a une durée indéterminée et qu'il faut compter par années, principalement lorsqu'elle est primitive ; mais il ne faut pas oublier aussi qu'elle est incessamment soumise à des influences multiples et malfaisantes qui peuvent exercer sur elle les plus fâcheux effets.

2° *Période d'évolution.* — Il est établi en règle générale que les troubles fonctionnels sont en rapport direct avec les altérations locales existantes. De même que nous avons vu ces dernières s'aggraver par le fait de certaines circonstances connues, de même on voit ceux-là s'accuser davantage.

Mais ils peuvent être absolument nuls, lorsque les lésions très-localisées occupent des points autres que la région inter-aryténoïdienne, ou les cordes vocales inférieures.

Ordinairement la voix est très-enrouée, et même elle peut se perdre complètement, si la poussée inflammatoire a été très-active ; puis, à mesure que la rémission tend à se produire, elle prend le caractère rauque qu'habituellement elle conserve.

La toux est modifiée dans le même sens que la voix ; elle devient fréquente et répétée, dès que les lésions pul-

monaires font leur apparition. En même temps, des mucosités épaisses et visqueuses sont rejetées pendant cette phase inflammatoire et c'est seulement après la formation des ulcérations que le pus se trouvé mélangé aux crachats.

Si, durant tout le cours de la première période, les douleurs dysphagiques ont fait à peu près défaut, il n'en est pas de même dans la seconde où la déglutition devient quelquefois difficile et pénible lorsque les ulcérations siègent sur l'épiglotte ou les aryténoïdes. Dès ce moment, on s'explique que le retentissement douloureux se propage jusqu'à l'oreille, par le mécanisme indiqué ailleurs.

Enfin, l'hypersécrétion salivaire n'est jamais très-marquée et elle ne devient une complication que du moment où le processus par le fait d'une exacerbation nouvelle revêt tout à fait l'allure de la phtisie laryngée inflammatoire.

3° *Période de terminaison.* — Alors, en effet, les divers troubles que nous venons d'énumérer, subissant la même influence, redoublent d'acuité et bientôt ils ne le cèderont en rien par leur gravité aux altérations anatomiques qui leur ont donné naissance. Nous retrouverions ici les symptômes déjà décrits dans les formes précédentes de la maladie ; aussi croyons-nous inutile d'y revenir.

D'un autre côté, les lésions des poumons ne restent pas en arrière et la désorganisation n'y est pas moins complète ; c'est elle qui contribue pour la plus large part peut-être à assombrir le pronostic. Car le plus souvent alors le malade succombe de par son état constitutionnel : il meurt du fait de sa phtisie. Mais la mort peut être amenée aussi par les lésions laryngées et résulter, comme on le sait déjà, de la sténose glottique.

Néanmoins, avant d'arriver à cette période contre laquelle la médecine est désormais impuissante, il est admis que la maladie peut s'amender et guérir, soit d'elle-même, soit plus souvent par le fait d'une bonne médication. La guérison, nous allons le voir, est temporaire ou définitive, suivant que l'on arrive à la soustraire, ou non, aux nombreuses éventualités, auxquelles nous la savons être subordonnée. D'une manière générale, tandis que la forme intermédiaire dure de dix mois à un an en moyenne, la durée de la forme chronique, même livrée à elle-même, peut être fixée à plusieurs années.

DEUXIÈME PARTIE

PRONOSTIC

Le pronostic de la tuberculose laryngée est inclus dans l'étude qui vient d'être faite, et il serait oiseux d'y insister à nouveau, s'il ne fallait avant tout se prémunir contre l'idée encore trop répandue qui refuse à cette maladie toute chance de guérison. De tout temps, en effet, cette question de la curabilité a suscité des opinions contradictoires et les travaux, même les plus récents, ne semblent pas avoir réussi à fixer l'accord sur ce point.

Cependant, bien avant Trousseau et Belloc, des exemples de guérison avaient été rapportés et ces auteurs en ont eux-mêmes cité plusieurs. Mais comme on n'avait pas encore pu à cette époque établir le diagnostic différentiel entre les diverses laryngites chroniques, il s'ensuit, selon la remarque de Grisolle, qu'on ne saurait apprécier de tels faits à leur juste valeur ; ils ne sont pas, par conséquent, démonstratifs. Aussi Türck (1) fut-il le premier qui vraiment se trouva en mesure de proclamer la curabilité de la phtisie laryngée, d'après lui, rare dans nos climats, et

(1) Loc. cit., p. 31.

Tobold (1) en publia deux observations bien avérées. « Je connais pour ma part, dit-il, des cas dans lesquels j'ai observé non-seulement un arrêt temporaire de la maladie, mais une guérison complète. Deux de ces malades qui habitaient Berlin vinrent me consulter, ayant toutes les apparences de la tuberculose laryngée et pulmonaire. Dans les deux cas, cependant, je pus constater quelque temps après, par l'auscultation et l'examen laryngoscopique, une guérison de cette affection. »

Depuis, les exemples se sont multipliés. Admise à titre exceptionnel par Noël Guéneau de Mussy et par E. et J. Bœckel, la curabilité de la laryngite tuberculeuse est soutenue, sinon tout à fait placée hors de contestation, par un grand nombre d'auteurs et, parmi les plus connus, nous citerons MM. Maurice Schmidt, Schnitzler, Stoerk et Gouguenheim (2), Prosser James (3), William Porter (4), Bosworth (5), Schrötter (6), Rossbach, Cadier, Gerhardt, Frœnkel, de Hambourg (7), et Moure (8). Mais, tandis que la curabilité est défendue par des auteurs d'un mérite et d'une probité incontestables, un courant d'opinion contraire s'affirme chaque fois qu'un nouveau fait lui en fournit l'occasion, et il est juste de dire qu'il est formé d'hommes non moins recommandables par leur autorité. Ainsi, à Rossbach, qui déclare avoir vu « des cas où la guérison de la phtisie laryngée était tellement bien établie, qu'aucun doute émis par d'autres observateurs, ne saurait changer ses

(1) Cité par Bœckel, Loc cit., p. 261.
(2) Congrès de Milan. Compte-rendu par Labus, p. 103.
(3) Congrès de Milan, p. 123.
(4) Arch. of Laryng. N.-Y, 1er octobre 1881, p. 323.
(5) A manual of diseases of the throat and nose. N.-Y. 1881.
(6) Cité par Capart, loc. cit., p. 59.
(7) Congrès de Londres. Séance du 4 août 1881.
(8) Loc. cit.

convictions à cet égard », à Frœnkel, qui « ne doute nullement que les ulcères du larynx puissent guérir, et soutient que les observations et *l'examen anatomique*, qui montrent nettement l'existence de cicatrices laryngiennes, plaident en faveur de cette thèse », Mandl (1), Isambert (2), Krishaber et Peter (3), Morell-Mackenzie (4), répondent que cette affection est toujours et quoiqu'on fasse nécessairement mortelle. M. le professeur Masseï (5) va plus loin et objecte « que celui qui croit à la guérison de la phtisie laryngienne devrait croire de même à la possibilité de la guérison du tubercule! »

D'où peut venir une telle divergence d'idées? Peut-être des conditions différentes dans lesquelles se sont trouvés les observateurs, peut-être de ce qu'ils ne considèrent comme des phtisies laryngées que ces cas où, la maladie étant très-avancée, on n'a plus aucun espoir de l'arrêter; peut-être, enfin, du parti-pris qui semble avoir guidé quelques-uns d'entre eux; car il est à remarquer que ceux-là même qui nient la curabilité de la phtisie laryngée, sont précisément ceux qui ont refusé de se rallier à la guérison de la tuberculose pulmonaire.

Néanmoins, malgré de si puissantes contestations, dont l'exagération n'échappe à personne, la plupart de ces auteurs ont été obligés de convenir que la phtisie laryngée est susceptible « d'une amélioration remarquable » (Rhüle, Deel). C'est ainsi que M. Jaccoud (6) professe que « même de la phtisie laryngée parvenue à la période d'ulcération,

(1) Loc. cit.. p. 688.
(2) Loc. cit., p. 202.
(3) Loc. cit., p. 664.
(4) Loc. cit., p. 325.
(5) Congrès de Milan, p. 103.
(6) Traité de path. int., t. I, p. 883.

on peut obtenir une guérison au moins temporaire » et Krishaber (1) lui-même exprime la même idée en disant que « l'ulcération du larynx peut guérir sans doute elle-même, et les traces cicatricielles que l'on constate assez souvent dans le larynx des tuberculeux le prouvent bien ; mais c'est *le malade* qui ne guérit pas.

Or, certainement, la guérison fait plus que d'être temporaire, elle est parfois définitive.

Nous en tirons la preuve de ce fait : que M. le professeur Schnitzler (2) a observé de nombreux cas de guérison de phtisie laryngée et les a « constatés pendant cinq à dix ans. » Nous suivons nous-même plusieurs phymiques, depuis plus de trois ans, et chez trois d'entre eux, notamment, la guérison ne s'est pas encore aujourd'hui démentie. Et qu'on ne nous accuse pas d'avoir été victime d'une erreur de diagnostic, car il nous serait facile de répondre ce que disait le docteur Schmidt à ses confrères de Milan, auxquels il exposait les résultats de sa pratique : « Quant à la justesse du diagnostic, il faut, s'écriait-il, que je fasse appel à votre confiance. Je répète que tous les malades avaient des affections des poumons. »

Combien d'exemples nous pourrions citer encore ! Nous aimons mieux les rassembler en grand nombre à la fin de cetravail.

Il est donc bien certain que les faits cliniques attestent surabondamment la curabilité de la phtisie laryngée, et rien ne peut faire que ces faits n'existent pas.

Cependant, s'il restait encore quelque doute dans les esprits, il se dissiperait sans peine à la pensée que, déjà cliniquement démontrée, la curabilité de la tuberculose

(1) Congrès de Milan, p. 103.
(2) Compte-rendu du Congrès de Milan, p. 103.

laryngée a été confirmée par l'examen anatomo-pathologique, pratiqué à différentes reprises, en particulier par M. Frœnkel, de Hambourg (1), et par M. Doléris (2).

Comment donc s'opère la guérison ? Elle s'opère par le même processus curateur qui préside à la guérison de la tuberculose pulmonaire et dont les histologistes nous ont révélé le secret. « Les travaux histologistes, écrit M. Jaccoud (3), en particulier ceux de mon excellent ami et éminent collègue Grancher, ont établi l'importance et la fréquence d'un processus curateur qui peut enrayer le développement du tubercule, gros ou petit, à un moment quelconque de son évolution, et le transformer en un produit inoffensif, désormais sans action sur l'organisme non plus que sur le tissu voisin. Ce processus consiste dans la transformation fibreuse du néoplasme ; cette transformation n'est point exceptionnelle, elle n'est pas même absolument rare ; permettez que je vous rappelle à ce sujet l'importante déclaration de Grancher : « Ce qui (en dehors des caractères anatomiques) différencie l'évolution du tubercule de celle du cancer, c'est la tendance *naturelle* du tubercule à devenir fibreux. » Il s'agit donc ici d'une transformation inhérente à la nature même de la lésion, et non point d'un travail fortuit et irrégulier. En fait, tout tubercule, quelle qu'en soit la forme, est soumis dès sa naissance à deux processus opposés : l'évolution caséeuse au centre, l'évolution fibreuse à la périphérie. De la prépondérance définitive de l'une ou de l'autre de ces transformations dépend la destinée ultérieure de la néoplasie : elle s'étend et entraîne le tissu de l'organe dans sa destruction propre, si la caséification et le ramollissement

(1) Congrès de Milan, séance du 4 août 1881.
(2) Loc. cit.
(3) Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire. Paris, 1881, p. 14.

l'emportent; elle demeure stationnaire et dépourvue de toute influence nocive sur le tissu qui la renferme, si l'évolution fibreuse est totale, c'est la guérison. »

Serait-on fondé, après de telles déclarations et étant donné que le tubercule du larynx est le même que celui des poumons, qu'ici et là il se montre tantôt sous la forme granuleuse, tantôt à l'état caséeux, comme l'a appris l'anatomie pathologique, que la seule différence consiste dans la variété de structure des tissus, serait-on fondé à marquer au premier une place à part en nosologie? Et seul ne jouirait-il pas de cette *tendance naturelle à devenir fibreux* qu'il conserve partout ailleurs? Tel n'est pas notre avis, et par là nous n'exprimons nullement une opinion hasardée, mais une opinion assise sur des preuves cliniques indéniables. Mieux placé que personne pour juger la question, M. Schrötter (1) qui, d'après Capart, est « le professeur le plus estimé, peut-être pour son cours d'auscultation et de percussion », nous écrit : « Je connais quelques cas de tuberculose laryngée ulcéreuse (cas dont le diagnostic n'est pas douteux) qui *ont guéri d'eux-mêmes*, sous l'influence d'un traitement quelconque. » Lebert cite des faits analogues. Nous publions l'observation suivante, non pour prouver la guérison de la maladie, mais sa tendance à ne pas s'aggraver, en dehors même de tout traitement et des conditions hygiéniques élémentaires.

Observation IV

Phymie laryngée torpide.

N..., âgé de trente-deux ans, garçon de restaurant, se présente à la clinique le 6 décembre 1881, pour une extinction de voix presque complète.

(1) Lettre particulière du 30 décembre, 1882.

Cet homme porte tous les stigmates du tempérament strumeux, et il nous apprend que ses frères et sœurs ne sont pas mieux partagés.

Appelé sous les drapeaux en 1880, le malade a beaucoup souffert du froid, et dès ce moment, sa voix est devenue rauque et enrouée. Néanmoins, il est rarement enrhumé. Il tousse peu, mais il expectore assez abondamment et les crachats sont grisâtres.

Il n'a pas maigri beaucoup, n'a pas perdu de forces, bien qu'il ait continué, une fois libéré, son état de garçon, qu'il a dû interrompre depuis huit jours, étant devenu à peu près aphone.

Examen laryngoscopique. — La voûte palatine est décolorée, la luette est légèrement œdématiée.

L'épiglotte est saine, les éminences aryténoïodes sont tuméfiées et on n'aperçoit plus les cartilages de Santorini et de Wrisberg qui sont rouges et granuleux.

La commissure postérieure, presque complètement effacée par le gonflement des aryténoïdes, est en même temps le siège de végétations papillaires. Les bandes ventriculaires ont légèrement augmentées de volume, tandis que les rubans vocaux sont rouges, ramollies, et un peu ulcérés sur les bords.

La trachée est rouge. Le malade est aphone; il n'éprouve pas de douleur à la déglutition, mais simplement une sensation constante de gêne. Du côté ds poumons, il existe des signes de ramollissement au sommet gauche et en avant et de l'induration au sommet droit.

Le malade est soumis au traitement habituel.

16 décembre. — L'état du larynx s'est un peu amélioré; car la voix est revenue mais est restée voilée. Il continue son traitement encore une huitaine de jours, après quoi, il le cesse complètement, devant céder aux exigences de son état qu'il reprend et n'a pas encore interrompu un seul jour jusqu'au 29 juin 1883, époque à laquelle il a bien voulu se prêter à un nouvel examen laryngoscopique. Il y a peu de chose de changé dans son état, les lésions étant restées presque stationnaires: il y a toujours œdème des aryténoïdes, les végêtations n'ont pas disparu et ont augmenté de volume; les cordes vocales ramollies ont l'aspect serratique; voix constamment voilée, sensation de corps étranger, pas de dysphagie, expectoration muqueuse abondante. L'état général n'est pas trop mauvais; bon appétit, pas de sueurs la nuit.

L'affection pulmonaire n'a pas fait guère plus de progrès; craquements humides au sommet gauche et un peu de souffle à droite.

Mais, si la phtisie laryngée guérit parfois *naturellement*, que n'est-on pas en droit d'espérer d'un traitement convenablement appliqué? C'est lui, en effet, qui mènera le plus souvent à bonne fin, les efforts faits par la nature vers la guérison.

La curabilité de la tuberculose laryngée paraît donc demontrée d'une manière irréfutable, autant la curabilité définitive que temporaire; néanmoins, on ne peut s'empêcher d'en signaler la rareté, surtout si par guérison on entend à la fois la disparition des lésions laryngées et des lésions pulmonaires.

L'on doit bien dire aussi que le malade reste toujours sous l'influence de la diathèse et que l'on aura constamment à redouter des poussées qui seront également susceptibles de guérir et de permettre au sujet de parcourir une carrière assez longue.

On ne peut guère fixer la moyenne des guérisons que d'une manière approximative ; car, pour avoir la moyenne réelle, il faudrait connaître le rapport de la tuberculose aiguë à la tuberculose chronique, rapport qu'il nous a été impossible d'établir, faute de documents suffisants. Le docteur M. Schmidt (1) cependant a fourni quelques données.

« Les résultats que j'ai obtenus, dit-il, dans le traitement de la phtisie laryngée sont 19 cas de guérison complète sur 315 cas que j'ai vus pendant les trois dernières années, ce qui fait 6 p. 100 à peu près. Par guérison complète, j'entends une guérison du larynx et des poumons.

« Si vous pensez, ajoute-t-il, que je n'ai réellement traité pendant un temps suffisant qu'un tiers à peu près de ces 315 cas, les autres n'étant plus revenus après les premières consultations, vous conviendrez que c'est pourtant une

(1) Compte-rendu du Congrès de Milan; p. 100.

proportion remarquable de guérisons de cette maladie funeste. »

D'ailleurs, les chances de curabilité sont soumises à des éventualités multiples, dont les principales sont la forme de laryngite tuberculeuse, la confluence des lésions, leur degré et les complications pulmonaires.

La forme aiguë, y compris la forme miliaire, ne guérit jamais ; s'il est possible d'amoindrir les douleurs parfois atroces auxquelles sont en proie les malades, s'il est possible encore d'amender, de déterger les ulcérations laryngées, on n'a pas les moyens de les faire disparaître ; nous avons vu que, lorsque le sujet ne mourait pas du fait de sa laryngite, il était emporté par sa phtisie pulmonaire. La forme ultime est irrémissible.

Abandonné à lui-même, le processus subaigu conduit bien souvent, et à plus ou moins brève échéance, à la même terminaison que le processus aigu. L'un et l'autre, d'ailleurs, acquièrent un nouveau caractère de gravité, en dehors de celui qui leur vient de la multiplicité et de l'étendue des lésions, dans ce fait qu'ils se compliquent toujours de lésions pulmonaires graves. Toutefois, ainsi que nous l'avons déjà dit, par les effets d'une bonne médication, on peut espérer dans le second cas d'enrayer le mal dans sa marche; c'est, en effet, cette forme de laryngite tuberculeuse qui est fréquemment susceptible d'amélioration et de guérison temporaire.

La forme la plus curable est donc la forme chronique.

Il est inutile de dire que les complications survenues soit du côté du pharynx, soit du côté de la trachée, soit du côté du péritoine, ne font qu'assombrir le pronostic. Enfin, beaucoup d'auteurs ont été d'accord à reconnaître que tant que la phtisie laryngée est au premier et au deuxième degrés, sa durée reste indéterminée, tandis que, dès qu'elle

atteint sa troisième période, le malade touche rapidement à sa fin.

Il est encore certaines conditions qui exercent une plus ou moins grande influence sur le pronostic de la phtisie laryngée. Tel est l'âge du sujet. Ainsi, on se rappelle que la forme aiguë s'observe principalement de dix-huit à trente ans, et la forme chronique après trente-cinq ans.

L'hérédité est une circonstance aggravante du pronostic. Il en est de même de certaines professions ; d'une manière générale, on peut citer toutes celles qui exposent à l'inhalation de vapeurs ou de poussières irritantes, aux intempéries du temps, celles qui exigent des efforts de voix exagérés et continuels, enfin, les abus de tout genre.

D'après le docteur Capart (1), les climats ont sur la laryngite tuberculeuse la même action que sur la phtisie pulmonaire. « On peut dire, écrit-il, qu'elle est avant tout une maladie des zones tempérées. Ce que je puis affirmer, c'est qu'elle est excessivement commune chez nous ; a tel point que je ne crois pas exagérer en avançant qu'un phtisique sur quatre présente des altérations manifestes de la voix. J'ai eu l'occasion d'en observer également un grand nombre dans la clinique de Schrötter à Vienne. » Au Brésil, nous écrit M. Zawerthal, le nombre en est vraiment épouvantable.

A côté des climats, il convient de placer les bains de mer dont les effets sont des plus funestes.

Suivant le docteur Bordenave (2), « la grossesse influence fâcheusement une laryngite déjà existante, ou agit pour en déterminer l'apparition. Cette règle n'est pas tout à fait sans exception, puisque nous avons pu voir une de nos

(1) Loc. cit.
(2) Loc. cit., p. 39.

malades mener à bonne fin sa gravidité, mettre au monde un enfant bien portant et l'allaiter sans paraître le moins du monde en souffrir.

Enfin une dernière condition de curabilité doit-être signalée, c'est la méthode curative elle-même. Il nous sera facile de demontrer, lorsque nous parlerons du traitement, que les cautérisations de tout genre et les eaux sulfureuses, par l'irritation locale et répétée qu'elles provoquent, ont pour résultat immédiat de précipiter la fin de la phtisie aiguë et de transformer en phtisie inflammatoire la phtisie à marche chronique.

Telles sont les principales causes nuisibles qui, à moins d'être soigneusement évitées, feront échouer bien des fois les efforts curatifs même les plus constants. Aussi faudra-t-il appliquer sa confiance et son zèle à les combattre ou à les écarter, se rappelant les paroles que M. le professeur Jaccoud prononçait au sujet de la phtisie pulmonaire et qu'il est opportun de rappeler ici : « luttez, luttez toujours avec l'inébranlable confiance que vous pouvez puiser dans la notion de curabilité ; l'ennemi peut être vaincu, voilà l'idée mère qui doit soutenir vos efforts ; cette conviction, soyez-en certains, est la première condition de succès, car le manque de foi engendre l'inertie thérapeutique ».

TROISIÈME PARTIE

TRAITEMENT

Le traitement de la tuberculose laryngée donne lieu à une double indication : il y a celle que motive la maladie constitutionnelle et celle que fournit l'affection du larynx. L'une n'est pas moins nécessaire que l'autre, et il serait absolument illusoire de prétendre remplir la première, tout en négligeant la seconde. Si, pour quelques-uns, le traitement interne paraît être le plus impérieux, le traitement local ne s'imposera pas moins à tout esprit qui considérera, à l'exemple du professeur Jaccoud, les accidents laryngés comme de nature à aggraver l'état de consomption, s'il est déjà manifeste, ou bien à en précipiter l'apparition, par ce fait qu'ils enlèvent « à la thérapeutique ses armes les plus puissantes à ce moment-là, savoir l'hydrothérapie, le traitement pneumatique, et les climats d'altitude. » Donc ils se surajoutent l'un à l'autre ; ils font plus : ils se complètent et c'est seulement de leur application simultanée et bien entendue que l'on est en droit d'espérer les heureux résultats que nous avons signalés.

Mais comme l'étude du traitement interne suit naturelle-

ment l'étude de la phtisie pulmonaire, il ne saurait en être question ici et nous renvoyons aux ouvrages classiques et plus particulièrement aux leçons professées par M. Jaccoud (1) sur la *curabilité et le traitement* de la phtisie pulmonaire où il se trouve magistralement exposé. Nous ne nous occuperons que du traitement local.

Traitement local.

Le traitement local tient à sa disposition des ressources de quatre ordres : 1° les précautions hygiéniques et prophylactiques ; 2° les révulsifs cutanés ; 3° les applications topiques ; 4° les moyens chirurgicaux.

1° *Précautions hygiéniques et prophylactiques.* — La thérapeutique préventive ou prophylactique répond par chacun de ses moyens à l'indication causale tirée de l'état constitutionnel, elle a une portée générale et s'adresse directement à cet état et non point à l'une ou l'autre de ses formes cliniques. Elle relève, par conséquent, du traitement général.

Mais il est quelques précautions hygiéniques fort utiles, indispensables même, à prendre contre la manifestation laryngée de la tuberculose.

C'est ainsi que tout individu prédisposé aura tout avantage à se prémunir contre les refroidissements qui l'exposent aux bronchites et aux laryngites. S'il exerce une profession qui l'oblige à respirer des vapeurs irritantes, il mettra une égale sollicitude à s'y soustraire le plus tôt possible, à peine de voir son état s'aggraver activement. Il

(1) Delahaye et Lecrosnier, éditeurs. Paris, 1881.

est bon de rappeler à ce propos le cas de Mme E. Cr... (*Obs. I*) qui, s'étant exposée quelques jours aux vapeurs d'acide sulfureux, vit consécutivement une violente inflammation se surajouter à la phtisie laryngée torpide dont elle était atteinte et, ayant déterminé un gonflement de la muqueuse du larynx, nécessiter la trachéotomie. La fumée du tabac n'est pas non plus sans inconvénients; son action a le don de se faire sentir, non-seulement chez ceux qui fument, mais encore chez ceux qui, ne fumant pas, respirent un air chargé de ses vapeurs. Voilà pourquoi le tuberculeux doit à tout prix les éviter.

Il reste à signaler l'exercice immodéré de la voix qui, vu la loquacité des phtisiques, est une cause continuelle d'irritation. Il est évident que toutes ces influences n'agissent pas avec la même énergie. Le garçon de restaurant dont nous avons déjà parlé (*Obs.* IV) a pu, en dehors de tout traitement, continuer sa profession durant plus d'une année, sans qu'il en soit résulté une aggravation dans les lésions qu'il présentait. Mais il n'y a pas là une raison suffisante à rester inactif; au contraire, ce fait, qui prouve une fois encore la tendance curative du processus, doit nous engager à agir et à agir par tous les moyens que nous possédons, et parmi lesquels les moyens hygiéniques n'occupent pas la dernière place.

2° *Révulsifs cutanés.* — Les révulsifs cutanés sont utilement employés chaque fois qu'il s'agit d'une laryngite tuberculeuse inflammatoire ou qu'une laryngite chronique est sous le coup d'une poussée aiguë ou subaiguë. Par conséquent, la médication révulsive est la médication de la phase congestive et elle n'a pas d'autre but que de combattre l'irritation formatrice du néoplasme. Hormis ce cas, son utilité est des plus contestables et elle perd toute sa

raison d'être. De plus, son emploi devra être réglé d'après le principe posé par Mandl ; ce principe veut qu'elle soit d'autant moins active que la phymie laryngée est moins avancée.

Or, quel que soit d'ailleurs le procédé révulsif mis en œuvre une seule application resterait stérile et une application souvent répétée, presque continuelle est nécessaire : de cette condition dépend tout le succès. Mais, du moment qu'elle est remplie, on a le libre choix entre les badigeonnages iodés, les frictions d'huile de croton, les vésicatoires et les cautères.

Cependant on aurait tort de compter beaucoup sur les bons effets des badigeonnages de teinture d'iode répétés jusqu'à ce que la desquamation épithéliale s'ensuive. On peut en dire autant des frictions avec l'huile de croton qui sont douloureuses et mal supportées ; l'action des vésicatoires placés successivement à droite et à gauche du cartilage thyroïde, nous a toujours paru plus prompte et plus constante (1).

M. le docteur Fauvel prescrit fréquemment leur usage au bras du côté qu'il juge le plus affecté, mais il est préférable de les appliquer au niveau du larynx, leur action étant plus immédiate. Krishaber et Peter (2) ont plusieurs fois retiré un très bon résultat de l'emploi sur le cou des cautères (potasse caustique ou pâte de Vienne) dont ils entretiennent la suppuration pendant un ou plusieurs mois ; mais Mandl aime mieux les placer au-devant du sternum. Si nous étions obligé de choisir parmi les cautères, nous

(1) Nous préférons placer les vésicatoires sur les côtés du larynx où ils sont bien plus facilement supportés par les malades, car un vésicatoire placé sur la région antérieure du cou gêne considérablement et ne donne pas de meilleurs résultats.

(2) Loc. cit., p. 673.

préférerions encore nous servir de la solution de nitrate acide d'argent, selon la formule de M. Crocq (1).

R. Nitrate d'argent..... 1 gramme.
Eau distillée..... 1 —
Acide nitrique concentré.... 8 —

On en imbibe de petits bourdonnets d'ouate que l'on applique sur plusieurs points, au niveau du larynx. Ce révulsif, avantageusement mis en usage par le docteur Capart contre la phtisie pulmonaire, est peu douloureux et n'a pas l'inconvénient d'effrayer les malades, comme le fer rougi. Mais tous ces moyens dont l'utilité n'est pas contestable, resteraient néanmoins insuffisants, s'ils n'étaient puissamment aidés par les médicaments topiques qui ont des effets bien plus appréciables et bien plus sûrs. Aussi, les auteurs ont-ils presque toujours eu soin de combiner leur emploi.

3° *Applications topiques.* — Les applications topiques, qui ont pour but de répondre à l'indication tirée des lésions catarrhales ou ulcératives, se font par trois procédés différents. Ces procédés sont : 1° l'attouchement du larynx à l'aide d'ouate ou d'une éponge fixée à une tige en fer et imbibée d'une solution médicamenteuse ; 2° l'insufflation de poudres et les gargarismes ; 3° l'inhalation d'eaux minérales ou de solutions médicamenteuses, poudroyées au moyen d'appareils dits pulvérisateurs.

1° Attouchements par les liquides caustiques ou astringents. — Imitant l'exemple donné par Trousseau et

(1) Cité par Capart., loc. cit., p. 96.

Belloc, la plupart des auteurs ont demandé aux caustiques la cicatrisation des ulcérations tuberculeuses du larynx ou la répression des produits hyperplasiques nés de leurs bords. En effet, Rhüle (1) a eu beau dire « que l'on ne peut employer ici les caustiques habituellement mis en usage dans les autres laryngopathies », Türck (2) ne pas craindre de déclarer que les cautérisations ne lui ont « presque jamais donné de bons résultats et ont été manifestement désavantageuses », Tobold (3) prévenir qu'elles « déterminent des ulcérations », Mandl (4), et Krishaber et Peter (5) « professer qu'elles peuvent parfois entraîner le boursouflement et l'œdème » ; de tels avertissements sont restés infructueux, et la médication par les caustiques a subsisté et subsiste encore.

C'est ainsi que Niemeyer (6) continue à employer les attouchements au nitrate d'argent pour calmer la toux, que Noël Guéneau de Mussy (7) proclame ses heureux effets, tandis que Deel (8), trouvant que cet agent « n'a pas une grande puissance contre les végétations, est souvent forcé, pour les détruire, de recourir à deux topiques plus énergiques : le chlorure de zinc ou l'acide chromique ». S'il en fallait croire Isambert (9), il s'agirait « d'être hardi » et, d'après MM. E. et J. Bœckel et Jaccoud (10), « pour peu que le travail ulcératif gagne en étendue ou en profondeur, la

(1) Die Kehlkopfskranheiten. Berlin 1861, p. 261 et suivantes.
(2) Loc. cit. p. 376.
(3) Loc. cit. p. 272.
(4) Loc. cit. p. 690.
(5) Loc. cit. 673.
(6) Loc cit., p. 398.
(7) Loc. cit., p. 30.
(8) Ann. des maladies du larynx, t. I, p. 283.
(9) Loc. cit., p. 885.
(10) Loc cit., p. 57.

cautérisation directe est la seule efficace. Ce moyen est *vraiment héroïque* ». MM. Bordenave (1) et Pelan (2) se servent alternativement du chlorure de zinc au 50e et de la glycérine créosotée proposée par M. Cadier; M. Gouguenheim (3) emploie, suivant les cas, le chlorure de zinc au 1/30e ou au 1/40e ou le sulfate de cuivre au 1/50e ou au 1/100e, l'acide chromique au 1/30e ou au 1/10e et de préférence le chlorate de potasse à l'état de solution saturée ou même l'iodoforme (4 gr. pour 30 gr. de glycérine); tandis que le docteur Bosworth (4) leur préfère les astringents, et, parmi ceux-ci, le tannin, le nitrate d'argent et le sulfate de zinc. Enfin MM. les docteurs Bayer (5), Schmidt (6), et Zawerthal (7) de Rome, emploient également le nitrate d'argent, mais, il est juste de le reconnaître comme moyen en quelque sorte secondaire et à dose très réduite (chlorure de zinc au 1000e, Zawerthal).

Par ce court aperçu, il est pas facile de juger combien est profondément enraciné le traitement de la laryngite tuberculeuse par les caustiques et à quelles oppositions puissantes risquera de se heurter celui qui viendra proposer d'en faire table rase, comme étant des agents de médication tout à fait inefficaces, sinon des plus malfaisants.

Cependant il ne nous paraît pas que dans la phtisie laryngée, à aucun moment de son cours, leur indication puisse surgir. Quelle action pourraient-ils bien avoir sur le tubercule lui-même qui est un produit mort-né? En revanche, ils agissent indubitablement sur la zone formatrice du néo-

(1) Loc. cit., p. 39.
(2) Loc. cit., p. 16.
(3) Loc. cit., p. 294.
(4) Loc. cit.
(5) Lettre part. du 5 Novembre 1882.
(6) Lettre part. du 9 octobre 1882.

plasme, en augmentant l'irritation phymatogène et la production cellulaire, au lieu de calmer la première et de ralentir la seconde, ou en provoquant cette irritation, lorsque le processus suit une marche chronique. Voilà quel est leur effet le plus certain et le plus immédiat. Déjà, le docteur Moure avait acquis la certitude de la nocuité des caustiques pendant son long séjour à la clinique du docteur Fauvel, et c'est parce qu'il nous en avait signalé les effets que nous les avions employés timidement au début et même que nous avons bientôt fini par y renoncer. Certes, on pourrait nous reprocher d'avoir pris trop précipitamment une telle détermination, si nous n'étions mis à couvert par l'autorité de maîtres que leur longue pratique et leur parfaite compétence en la matière placent hors de toute suspicion.

« J'ai vu dans la presque totalité des cas, écrit Capart (1), les caustiques énergiques produire les plus affreux ravages. »

Au congrès de Milan (2), M. Schmidt se lève pour nous dire qu'il « est absolument nécessaire que l'on abandonne enfin les cautérisations à l'aveugle et l'emploi des topiques énergiques. »

De son côté, M. le professeur Schrötter (3) nous écrit : « Je peux dire *avec certitude que toutes les cautérisations* (avec nitrate d'argent, acide chromique, quivotannique, etc., etc.), *sont d'un mauvais effet et en tous points à redouter.* »

Enfin, il faut bien croire que les médecins de la *Charité*, à Berlin, n'ont pas eu beaucup à se louer de leur emploi,

(1) Loc. cit. p. 105.
(2) Compte-rendu par Labus.
(3) Lettre particulière du 30 décembre 1882.

puisque M. le docteur Balmer Habsart, (1) nous apprend qu'elles sont littéralement proscrites par eux dans la phtisie laryngée.

Elles doivent être proscrites, en effet, parce qu'elles ne trouvent leur indication dans cette maladie à aucune période de son cours; elles doivent être proscrites, parce que, non-seulement leur indication n'est pas justifiée mais parce que leur manière d'agir est des plus funestes; c'est ainsi qu'elles déterminent des accidents de deux sortes: les uns, passagers, tels que des spasmes, des efforts répétés de déglutition et même des vomissements; les autres, beaucoup plus sérieux, tels que des ulcérations (Tobold), le boursouflement et l'œdème (Mandl, Krishaber et Peter); elles doivent être proscrites, enfin, parce que nous avons en mains d'autres moyens de traitement capables de les remplacer avec avantage.

Ce que nous avons dit des caustiques s'applique aussi bien aux astringents dont l'action cependant paraît moins énergique et que l'on pourra employer avec quelque utilité si on a le soin de faire des solutions assez diluées et toujours très faibles.

C'est ainsi que nous avons retiré quelques avantages, dans certains cas de phtisie laryngée torpide, des attouchements avec les solutions créosotées (au 1/50 ou au 1/30), déjà recommandés par M. Cadier (2), et surtout des solutions faibles iodo-iodurées :

Iode métallique.....	de 0,05 à 0,10 centigrammes.
Iodure de potassium.....	0,10 à 0,20 —
Laudanum de Sydenham.....	20 à 30 gouttes.
Glycérine neutre.....	30 à 40 grammes.

(1) Zeischr., f. Kli. med. Bd. V. Hft 3, 1883. Allg. med. Centralzeit, nª 12, 1883.

(2) Manuel de laryngoscopie.

De même, dans les dernières périodes de la maladie, les attouchements avec une solution de chlorhydrate de morphine, à la dose de 20 centigrammes pour 6 grammes de glycérine (Schnitzler), nous ont rendu parfois de véritables services, soit pour apaiser la toux, soit pour calmer la dysphagie (1). Enfin dans les formes dysphagiques, Krishaber et Peter (2), conseillent les attouchements avec la solution suivante :

Extrait d'opium.....	} ââ 0,50 centigrammes.
— de belladone.....	}
Dissous dans	
Eau distillée de laurier-cerise.....	20 grammes.

2° Insufflations de poudres et gargarismes.— A. *Insufflations.* — On a encore employé indifféremment les caustiques ou les astringents sous forme de poudres que l'on insuffle dans le larynx au moyen d'un tube spécial. Les poudres d'acétate de plomb dilué dans du lait et de nitrate d'argent ont été recommandées par M. Schnitzler, tandis que d'autres ont mieux aimé se servir des sels d'alun ou de cuivre et du tannin. Aux inconvénients que nous avons déjà reconnus aux caustiques liquides, les poudres en ajoutent d'autres qui leur sont propres. M. Morell-Mackenzie (3) les rejette absolument comme étant inertes ou nuisibles. En outre, il est certain qu'elles provoquent presque toujours des quintes de toux et des spasmes capables de

(2) Nous ne ferons pas ici l'étude de chaque caustique en particulier, avec les formules couramment employées, pour la simple raison qu'ayant jugé ces agents médicamenteux inapplicables et nuisibles nous avons rejeté leur emploi.

(3) Loc cit.

(1) Cité par Capart. Loc. cit., p. 99.

décourager le sujet même le mieux intentionné (1), sans ajouter qu'il est à peu près impossible de bien localiser leur application aux parties atteintes.

Elles sont donc toutes à rejeter. Cependant, il ne nous est pas permis de passer sous silence un médicament, d'emploi encore récent, qui a été vanté, grâce à un enthousiasme excessif, presque à l'égal d'un spécifique, non seulement pour la thérapeutique chirurgicale où il paraît avoir été introduit par Lister (2) et surtout par le docteur Mosetig von Moorhof, de Vienne (3), mais encore pour le traitement des ulcérations tuberculeuses du larynx. Ce médicament, c'est l'iodoforme.

C'est ainsique MM. les docteurs Beetz (4), Bosworth (5) et Mosetig utilisent l'application d'iodoforme en poudre, comme ayant *une action spécifique* sur les ulcérations de nature tuberculeuse. Quant à nous, nous sommes persuadé que si ce médicament a donné parfois des résultats inattendus, ces résultats sont dus uniquement, non à son action spécifique, mais à sa propriété antiseptique. Telle est du reste l'explication fournie sur son action primordiale par MM. les docteurs Delbastaille et Troisfontaines, assistants à l'Université de Liège (6), qui l'ont l'expérimentée et qui admettent en même temps, à l'exemple de Mosetig, son action spécifique sur les processus tuberculeux locaux.

« L'action thérapeutique de l'iodoforme est généralement rapportée à ce fait qu'au point d'application de cette subs-

(1) Surtout si l'on pratique l'insufflation pendant l'inspiration.

(2) Cité par Mikulicz. Ueber die Verwendung des Iodoforms bei der Wundbehandlung, etc. Archiv. fur klinische Chirurgie, 1881, p. 196.

(3) Ueber Anwendung des Iodoforms in der Chirurgie Wiener médic. Wochenschrift, 1880 (nos 43 et suiv.) et 1881 (nos 13, 41 et suiv.)

(4) Berlin. Klin. Wochenschr. 1882. fasc. 2, p. 28.

(5) Loc. cit. p. 294.

(6) Du pansement à l'iodoforme. Liège, 1882, p. 8 et 12.

tance, une certaine quantité d'iode est mise constamment en liberté à l'état naissant. Or les qualités antiseptiques de l'iode nous sont connues depuis longtemps.

Quelques heures après l'application de cette substance, on constate la présence d'iode dans toutes les sécrétions physiologiques; et malgré cette continuelle élimination, la résorption est si lente que la plaie ne cesse d'être soumise à l'influence de l'iode constamment produit. Il en résulte encore que l'iode, mis en liberté, n'est pas assez considérable pour déterminer une cautérisation des tissus.

Les propriétés antiseptiques et antituberculeuses de l'iodoforme doivent vraisemblablement être attribuées à l'action prolongée de l'iode. »

Aussi, M. le docteur Butz (1), de Mayence, en employant ce médicament contre la phtisie laryngée ulcéreuse, n'a-t-il pas d'autre but que de tenir les ulcérations sous une couche permanente de cette poudre et de réaliser ainsi un pansement antiseptique plus ou moins complet. Il fait, d'ailleurs, précéder chaque insufflation d'une inhalation phéniquée de faible solution.

Grâce à ce traitement, M. Schiffers (2) a également obtenu des résultats encourageants. Il cite un succès observé dans sa clientèle privée, mais il n'ose pas l'attribuer entièrement à la médication locale par l'iodoforme, étant persuadé que si le malade n'avait pas été placé dans toutes les meilleures conditions hygiéniques, le résultat n'aurait pas été aussi beau.

M. Zawerthal (3) a formulé lui aussi ses indications. « Quand il y a périchondrite de nature tuberculeuse, dit-il,

(1) Berlin. Klin. Wochenschr. n° 2, 1882.

(2) Loc. cit. p. 4.

(3) Loc. cit.

alors le moyen qui m'a paru réussir le mieux, ce sont les insufflations sèches d'iodoforme en poudre pratiquées une fois par jour et jointes aux pulvérisations sus-indiquées.

Quand la maladie en est arrivée aux ulcérations, aux nécroses, etc., alors je fais des attouchements avec de l'iodoforme dissous dans l'éther sulfurique qui est un bon antiseptique et un excellent modificateur, en même temps qu'il jouit de qualités anesthésiques précieuses et sans égales dans les cas où le malade est en proie aux douleurs déchirantes de l'*Odynphagie* ou *dysphagie douloureuse.* »

Nous trouvons également signalés dans la communication si intéressante de M. Maurice Schmidt (1) les bons effets de l'iodoforme ; ce praticien l'a employé avec une grande persévérance pendant deux ans et il a acquis ainsi la conviction qu'il constitue « un remède précieux ».

Toutefois, au milieu de cet accord qui paraissait unanime, plusieurs voix se sont élevées, et entre autres celle du docteur Balmer Habsart (2), qui nous dit que si le traitement de l'iodoforme a des avantages réels, les auteurs qui l'ont employé semblent en avoir singulièrement exagéré la portée. L'expérience le lui a bien montré.

L'iodoforme fut essayé sur vingt-six malades, presque tous gravement atteints. Le traitement dura de huit jours à quatre semaines et l'expérience démontra qu'il était inutile de le continuer, s'il n'y avait pas de mieux après ce temps. On faisait deux insufflations par jour à l'iodoforme, une le matin et l'autre l'après-midi, après avoir fait faire préalablement une inhalation au chlorure de sodium. Les insufflations furent bien supportées et n'eurent pas de suites fâcheuses, comme intoxications, pneumonies, etc. ; leur seul inconvénient était de gâter l'appétit des malades.

(1) Lettre particulière.
(2) Loc. cit.

Voici les conclusions auxquelles le docteur Balmer est arrivé :

« 1. — L'iodoforme peut déterger toute ulcération du larynx de n'importe quelle grandeur.

» 2. — Il soulage les malades en recouvrant les ulcères et diminuant l'état œdémateux de la muqueuse.

» 3. — Il amène dans des conditions exceptionnellement favorables la guérison des ulcères, surtout si l'affection des poumons est arrêtée ou en voie de cicatrisation, mais il ne saurait prévenir les récidives.

» 4. — L'iodoforme est un bon antiseptique, mais il ne possède pas de propriétés spécifiques empêchant les progrès de la tuberculose laryngée. Sous ce rapport, il ne surpasse ni la créosote, ni l'acide borique, ni le thymol.

» 5. — Comme il a certains inconvénients très considérables pour les phtisiques, son emploi n'est indiqué que quand les autres moyens ne produisent pas d'effet. »

Comme preuve éclatante du peu d'action de l'iodoforme sur les ulcérations tuberculeuses, l'auteur cite le cas d'une ulcération tuberculeuse de la langue, dans laquelle ce médicament fit disparaître les douleurs et le gonflement sans empêcher l'ulcération de s'agrandir et de s'étendre.

Telles sont les réticences qu'il convenait d'apporter à ce mode de traitement; cela était d'autant plus nécessaire que l'emploi de l'iodoforme ne paraît pas tout à fait exempt d'inconvénients.

Il a d'abord ceux de toute poudre insufflée dans le larynx, ce qui fait qu'il vaudrait mieux l'employer en pulvérisations après l'avoir fait dissoudre dans l'éther, ou en attouchements directs, si on le dissout dans la glycérine (iodoforme, 3 grammes, glycérine, 30 grammes, Gouguenheim); puis, son odeur est si pénétrante, si désagréable et si per-

sistante qu'elle empêche souvent les malades de prendre aucune nourriture à cause du mauvais goût dont sont imprégnés tous les aliments; ce dernier inconvénient nous paraît assez sérieux pour nous faire rejeter cette médication, qui fera son temps, comme tous les autres spécifiques et pour nous faire revenir aux anciennes méthodes. Il semble que l'on ne devrait guère avoir à redouter ici des accidents d'intoxication qui ont pu se produire, grâce à l'usage de doses exagérées sur des plaies à large surface, et cependant Rossbach (1) fait remarquer que Kœnig a rapporté un cas d'intoxication après l'application d'un gramme d'iodoforme (*In centrall. of chirurg.*, 1882, nos 7 et 8).

Dans le but de calmer la toux, M. Morell-Mackenzie recommande les insufflations de morphine; mais les pulvérisations, les applications directes ou les injections sous-cutanées sont, on le verra, tout aussi efficaces et surtout mieux supportées.

B. *Gargarismes.* — Les gargarismes jouent un rôle tout à fait secondaire dans le traitement de la phtisie laryngée. Cependant dans les cas où il existe des lésions extra-laryngées, lorsque les bords de l'épiglotte ou la région postérieure (aryténoïdienne) sont atteints par le processus morbide, le malade peut retirer quelques bénéfices de solutions légèrement astringentes; telles que les solutions iodo-iodurées ou laudanisées, les gargarismes créosotés ou phéniqués. Nous employons généralement la formule suivante :

Iode métalloïdique.....	10 centigrammes
Iodure de potassium.....	20 —
Laudanum de Sydenham.....	2 grammes
Glycérine neutre.....	100 —

Une cuillerée à café par demi verre d'eau tiède.

(1) Berl. Klin. Woch., 1882, n° 2.

L'on conseillera au malade de prendre plutôt un bain de gorge qui permet aux liquides employés de rester en contact avec les parties qu'il est destiné à atteindre.

3° Pulvérisations. — L'inhalation de solutions médicamenteuses à l'aide des pulvérisateurs à vapeur (1) est sans contredit, le mode de traitement le plus facile à diriger contre la tuberculose laryngée et celui dont nous avons eu le plus à nous louer jusqu'à ce jour. Bien que Tobold (2) et Mandl (3) aient essayé de discréditer cette méthode curative, en alléguant que les inhalations n'agissent que pour faciliter l'expectoration, elle ne s'en est pas moins imposée par les avantages incontestables qu'elle procure de telle sorte qu'on peut aujourd'hui la regarder comme définitivement implantée dans la thérapeutique des affections du larynx.

Les pulvérisations médicamenteuses, suffisantes d'après M. Jaccoud, dans les formes non ulcéreuses et dans les cas d'ulcérations superficielles et limitées, ne le sont pas moins, selon nous, à tous les degrés et dans toutes les formes de l'affection. Mais elles n'ont de véritable efficacité que lorsqu'elles sont faites conformément à certaines conditions indispensables.

Il est tout d'abord nécessaire d'apprendre au malade à respirer la vapeur qui se dégage de l'appareil. Il se tiendra à une distance d'environ dix à quinze centimètres du jet, et, ayant ouvert largement la bouche, il respirera le plus naturellement possible ; car il n'est pas indispensable, pour que la vapeur arrive dans le larynx, de faire des inspirations très profondes, ainsi que l'enseignent quelques au-

(1) Le pulvérisateur de Siègle est le plus employé ; à vrai dire, tous les autres ne sont que le même pulvérisateur plus ou moins modifié.

(2) Loc. cit. p. 274.

(3) Loc. cit. p. 604.

teurs. Si le malade vient à tousser, ce qui arrive souvent lors des premières inspirations, on peut être certain que le liquide a pénétré. Chez quelques sujets, cependant, la langue d'un volume exagéré domine, par sa base qui se porte en arrière, l'ouverture supérieure du larynx ; en sorte que le liquide y trouve assez difficilement accès ; ils peuvent y remédier eux-mêmes en abaissant leur langue avec une cuiller ou plus simplement encore en l'attirant au dehors avec la main munie d'un linge.

En second lieu, il ne faut jamais employer les pulvérisations à froid. Outre qu'elles sont alors fort désagréables. elles deviennent parfois dangereuses, en aggravant les lésions locales, en provoquant peut-être l'œdème, mais souvent des angines et des bronchites.

Voilà pour les détails d'exécution. Mais si ces détails ne doivent pas être négligés, il n'est pas moins ordonné de faire choix parmi les nombreux agents médicamenteux en usage ; car, ils ne sauraient être tous indifféremment employés et, parmi ceux qui méritent de l'être, chacun paraît remplir son indication particulière.

1° Acide phénique. — L'acide phénique est digne d'être placé en tête comme étant le médicament dont les effets sont le plus remarquables, du moins à notre connaissance.

M. le professeur Jaccoud (1) qui l'a employé en pulvérisations contre la phtisie pulmonaire, formule ainsi ses indications : « En toute circonstance, du moment que les formations caverneuses ne sont pas assez étendues et assez multiples pour créer une situation irrémédiable, il faut toujours se préoccuper avec une vive sollicitude de la désinfection des liquides qui y sont contenus ; et cela non-seu-

(1) Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire, p. 241 et 246.

lement à cause des accidents de résorption, mais, en outre, parce que ses éléments exercent sur les tissus voisins une action irritative qui produit l'agrandissement de la perte de substance, et transforme trop souvent les cavités stationnaires en ulcérations extensives. »

Dans bien des cas, l'inhalation suffira pour atteindre le but, et voici, toujours d'après le professeur de Paris, de quelle manière elle y parvient. « Lorsque tout marche bien, en général après huit à dix jours, on constate déjà une diminution notable de l'expectoration, et si elle était fétide, ce caractère disparaît ; par suite, les phénomènes les plus palpables de la résorption putride, l'anorexie, la dyspepsie et la fièvre, qui avaient résisté à la médication ordinaire sont amendées, et l'état général du malade est ainsi notablement amélioré. Ce premier groupe d'effets est très ordinaire, je dirai presque constant; mais souvent on n'obtient rien de plus; en revanche, dans un certain nombre de cas, la diminution des sécrétions continue à s'accentuer, le gargouillement cavitaire s'atténue, et au bout de quelques semaines, de six à huit en moyenne, la caverne sécrétante, par cela même toujours en imminence d'extension, est transformée en caverne sèche et stationnaire. Dès lors, le malade est en situation de profiter de toutes les éventualités favorables que présente l'évolution du processus local, savoir le *statu quo* qui, dans l'espèce, est déjà un bénéfice, et, dans les cas exceptionnellement heureux, le retrécissement de la perte de substance et la cicatrisation.

Quelle est la part qui revient aux inhalations dans les effets obtenus? Je ne puis vraiment pas le préciser, car je suis tellement convaincu de l'action similaire de l'alcool et de la créosote, que je n'ai jamais employé les pulvérisations seules ; je puis seulement dire que dans quelques cas

où la médication interne n'avait amené, au bout de plusieurs semaines, aucune modification dans les sécrétions cavitaires, l'adjonction des inhalations a déterminé, à un degré variable mais certain, l'amélioration désirée. »

Appliqué au traitement local de la phtisie laryngée, l'action du phénol ne paraît pas différente. Après un usage de quelques jours seulement, l'aspect des lésions est changé : les tissus circonscrivant les ulcérations tuberculeuses ont pâli infailliblement, s'ils étaient injectés, comme dans les cas de laryngite aiguë ; les surfaces ulcérées se sont détergées et suppurent moins, le gonflement est moins accentué ; s'il existait du catarrhe trachéo-bronchique, les sécrétions ont beaucoup diminué et la douleur elle-même a pu, dans quelques cas, disparaître. Cette amélioration est seulement passagère dans la forme inflammatoire ; elle est ordinairement plus ou moins longtemps stationnaire dans la forme subaiguë ; car, ici et là, le processus destructeur a, dans la plupart des cas, si bien su généraliser son action, que tout espoir de restitution *ad integrum* est presque chimérique. Mais quand la tuberculose évolue lentement, il n'est pas extraordinaire que, grâce à la persistance du traitement, l'amélioration s'accentue de plus en plus ; l'irritation phymatogène étant atténuée ou neutralisée, la formation cellulaire se ralentit ou s'arrête, et elle permet aux pertes de substance de se retrécir et de se combler ; il en résulte une cicatrisation plus ou moins durable.

Tels sont les heureux effets des pulvérisations phéniquées ; avant tout, ils paraissent devoir être rapportés à la puissance antiseptique que l'acide phénique possède au plus haut degré.

Les inhalations doivent être répétées, suivant les cas, de deux à quatre fois dans la journée, et doivent durer de

trois à cinq minutes. Les prolonger davantage serait fatiguer le malade et nuire à l'effet du traitement ; nous pensons qu'il vaut mieux se pulvériser plus souvent et moins longtemps chaque fois.

Voici la formule de la solution que nous employons :

Acide phénique pur.....	6 à 8 gouttes.
Alcool pur.....	5 grammes.
Glycérine neutre..	50 —
Eau distillée.....	300 —

2° Pulvérisations alcalino-arsenicales — Nous rapprochons des pulvérisations phéniquées, avec lesquelles elles ont plus d'un rapport, les pulvérisations alcalino-arsenicales, selon la pratique Mont-Dorienne. Voici de quelle manière M. Joal a rendu compte de leurs effets :

Les vapeurs minérales du Mont-Dore, ont des propriétés émollientes et sédatives; chaque fois que se manifestent des symptômes aigus, congestifs ou inflammatoires, elles agissent à la façon d'un topique adoucissant ; leurs effets sont comparables à ceux d'un baume, d'un cataplasme que l'on applique sur une plaie, sur une partie enflammée, elles doivent être considérées comme un agent antiphlogisque. Mises en contact avec les muqueuses du larynx, les vapeurs diminuent l'irritabilité de cette membrane, la sensibilité réflexe est notablement atténuée et nous avons depuis longtemps remarqué que l'examen laryngoscopique était bien mieux toléré par les malades, les jours où ils se rendaient aux salles d'aspiration. Les inhalations minérales produisent d'excellents résultats dans la laryngite aiguë, dans l'hyperémie passagère des tuberculeux; sous l'influence des vapeurs, l'afflux sanguin se modère, la sensation de chaleur, de sécheresse, perçue par le malade se

fait moins vivement sentir, la toux diminue de fréquence et d'intensité, le miroir laryngien permet en même temps de constater un amendement des symptômes objectifs, la coloration et la tuméfaction de la muqueuse deviennent moins prononcées. Dans les cas de phtisie laryngée à la période d'ulcération et de suppuration, les vapeurs opèrent un lavage général de la cavité vocale, elles détergent la surface des plaies, et débarrassent les parois laryngées des produits purulents qui y sont accumulés. Dans les derniers temps de la maladie chez les sujets qui ont de la douleur à la déglutition, qui ont de la dysphagie, les inhalations seront employées avec le plus grand profit, elles atténueront, ou même feront disparaître momentanément les phénomènes douloureux. C'est ce que nous avons observé chez trois malheureux phtisiques, qui pendant leur cure thermale du Mont-Dore ont pu se passer d'applications morphinées auxquelles on avait antérieurement recours pour les faire manger. Comme traitement, ces malades ont seulement bu de l'eau et fait de l'inhalation.

3° Acide salycilique et iodoforme. — L'idée nous vint, il y a déjà quelques temps, d'essayer le vinaigre antiseptique de Pennès en pulvérisations dans la phtisie laryngée ; son usage ne nous a paru ni supérieur ni inférieur à celui du phénol, mais nous ne l'avons pas encore suffisamment prolongé, pour que nous puissions nous prononcer sur ce point en parfaite connaissance de cause.

Nous en dirons autant de l'iodoforme que M. Gouguenheim a introduit dans la thérapeutique laryngée sous forme d'inhalations.

Nous employons le vinaigre de Pennès à la dose de une cuillerée à café et plus tard à bouche pour environ 300 grammes d'eau.

4° Créosote de hêtre. — La créosote de hêtre, vantée avec raison par M. le docteur Cadier, est un topique excellent qui marche de pair avec l'acide phénique. Du reste, si leur action est confondue, leurs indications diffèrent. Ainsi, tandis que la pulvérisation phéniquée convient indistinctement à tous les cas et à tous les moments, la pulvérisation créosotée, elle, s'adresse plus particulièrement aux formes torpides de l'affection et c'est ici principalement qu'elle fournit ses meilleurs résultats. Ce dernier médicament, en effet, nous a paru avoir une action un peu plus irritante que l'acide phénique, et nous croyons qu'il faut surtout l'employer dans les formes réellement torpides; dès que surviennent les plus légers phénomènes d'irritation, c'est à l'acide phénique qu'il faudra recourir pour reprendre plus tard la créosote. La formule est la même que celle de la pulvérisation phéniquée.

5° Chlorure de sodium. — S'il en faut croire le docteur Balmer Habsart, le chlorure de sodium serait à recommander. Car, d'après lui, de toutes les substances qu'on avait essayées pour les inhalations, à la Charité de Berlin, le chlorure de sodium (0,50 sur 100) s'est montré le plus efficace. On faisait faire chaque jour deux à quatre inhalations de cinq à dix minutes de durée.

Ce résultat a cependant lieu de nous surprendre, si l'on songe que tout le monde est d'accord sur la nocuité du séjour au bord de la mer pour les tuberculeux.

6° Pulvérisations balsamiques : goudron, térébenthine, baume du Pérou, baume de Tolu — benzoate de soude. — Les pulvérisations de cet ordre ne sauraient d'aucune manière se substituer aux pulvérisations phéniquées dont elles ne sont que l'adjuvant. Mais il y a utilité à les em-

ployer concurremment avec elles. Leur action paraît se borner à diminuer l'expectoration, en même temps qu'elle l'améliore ; s'il est vrai qu'elles aient une propriété détersive sur les surfaces suppurantes, elles ne paraissent nullement provoquer la cicatrisation des ulcères. Tels sont les effets des balsamiques, en général, tels sont plus particulièrement ceux du baume de Pérou et ceux du benzoate de soude.

« J'ai trouvé, dit Schmidt (1) un remède très bon marché et facile à administrer dans le baume de Pérou, c'est-à-dire dans l'acide benzoïque qu'il contient. Je le fais inhaler trois à quatre fois par jour pendant cinq minutes de la manière suivante :

On prend un demi-litre d'eau bouillante (qu'on maintient en la plaçant sur un réchaud à l'esprit de vin), dans lequel je fais verser huit à quinze gouttes de la mixture suivante :

Baume de Pérou.....	10,5
Esprit de vin.....	5,0

Le malade fait les inhalations au moyen d'une espèce d'entonnoir conique formé d'une feuille de papier à cartes de la longueur d'un mètre. La largeur de l'entonnoir à son extrémité supérieure doit avoir la grandeur de la bouche, à l'inférieure, celle du vase contenant l'eau.

Naturellement, il faut continuer ces inhalations pendant longtemps, de un mois à un an. »

Quant au benzoate de soude, dont l'usage est assez répandu, M. Zawerthal (1) ne nous paraît pas en avoir

(1) Congrès de Milan.

(1) Loc. cit.

rétiré grand profit, puisqu'il a fini par le rejetter complètement.

De son côté, M. le professeur Jaccoud, qui avait voulu faire bénéficier ses phtisiques de la nouvelle méthode thérapeutique préconisée par Rokitansky, est arrivé à conclure que « le traitement par les inhalations de benzoate de soude n'est pas toujours accepté, loin de là ; lorsqu'il l'est, il est certainement, dit-il, une cause de fatigue, et d'après ce que j'ai vu, les résultats qu'il donne ne me paraissent pas suffisants pour compenser toutes ces difficultés. L'utilité, quant à la détersion des surfaces broncho-pulmonaire, me semble positive, mais il me semble aussi que cet effet peut être obtenu, avec moins de labeur, par des inhalations moins prolongées d'acide phénique. »

Ces dernières sont également de beaucoup préférables dans la phtisie laryngée.

7° Pulvérisations morphinées, bromurées et bromomorphinées. — On a vu que, dans le but d'adoucir les douleurs dysphagiques, quelques auteurs faisaient des attouchements dans le larynx avec une solution de chlorhydrate de morphine, que d'autres y insufflaient la même substance porphyrisée.

Pour les raisons précédemment énoncées, les pulvérisations morphinées doivent être préférées aux attouchements et aux insufflations ; en outre, elles n'offrent pas l'inconvénient d'être douloureuses, comme les injections sous-cutanées ; ce qui, certes, est à considérer.

Naturellement leur emploi sera toujours combiné avec celui des inhalations antiseptiques. Ainsi le malade prendra d'abord une pulvérisation phéniquée et, dix minutes ou un quart d'heure plus tard, une pulvérisation bromomorphinée. Grâce à ce double usage, l'amélioration est

ordinairement prompte à se produire et la dysphagie se trouve très-notablement atténuée.

Krishaber et Peter ont employé, non sans quelque succès, les inhalations de vapeurs narcotiques.

D'autres ont trouvé dans l'usage soit interne soit externe de la glace un apaisement aux douleurs qui tourmentaient les malades.

Enfin, lorsqu'une toux spasmodique fatigue les malades, lorsque la douleur est vive, nous donnons le choix à la solution qui suit :

Bromure de potassium.....	3 à 5 grammes
Hydrochlorate de morphine....	20 à 50 centigrammes
Eau.....	300 grammes

Nous passerons sous silence un certain nombre de médicaments tels que l'alun, le tannin, le nitrate d'argent, le sulfate de zinc, qui sont utilisés de la même manière, mais dont les propriétés éminemment irritantes ne permettent pas de conserver plus longtemps l'emploi.

Nous nous contenterons d'insister sur la médication sulfureuse dont la valeur thérapeutique est loin d'avoir encore été rigoureusement déterminée.

8° Médication sulfureuse. — L'on est en général bien loin d'avoir une notion précise des conséquences presque immédiates qu'entraîne constamment l'usage des sulfureux chez les sujets frappés de phymie laryngée. La plupart ignorent encore ou feignent d'ignorer les résultats presque infailliblement désastreux que cet usage même momentané occasionne. Que de phtisiques ne rencontre-t-on pas tous les jours qui, loin d'avoir éprouvé les bons effets à eux prédits, ont vu, tout au contraire, leur mal

empirer rapidement ou redoubler d'énergie, sous l'influence des eaux sulfureuses artificielles ou naturelles ! Mais rappelons d'abord les propriétés physiologiques du soufre et des sulfureux.

« Le soufre et les eaux sulfureuses, dit Mandl, auquel nous empruntons ces détails, n'agissent que dissous par la salive et transformés partiellement en sulfures de soude et de potasse, dont l'emploi est identique avec celui des eaux minérales sulfurées.

« Ces eaux doivent leur efficacité au gaz acide sulfhydrique qui s'en dégage et aux sulfures de sodium et de potassium qu'elles contiennent. Prises à l'intérieur, elles agissent à la manière des stimulants diffusibles, excitent la circulation, élèvent la température et la transpiration cutanée, fluxionnent les viscères et déterminent de la céphalalgie, des étourdissements et même un véritable mouvement fébrile, qui est accompagné d'un exanthème, connu dans les stations thermales sous le nom de *poussée*. Des phénomènes analogues se déclarent dans la *muqueuse respiratoire* (grippe thermale de Pidoux), qui devient le siège d'une légère phlogose et même d'hémorrhagies. A la longue, le soufre exerce une action altérante. »

Mais s'il est avéré que l'action des sulfureux se fasse sentir dans tout l'organisme, devenu l'objet d'un remontement général (Bordeu), il semble en même temps qu'elle se porte d'une manière élective sur les organes respiratoires ; entre tous, le larynx est celui qui trahit le plus hâtivement son influence et même qui permet le mieux d'en apprécier les effets. Ainsi le pense M. le docteur Serrand (1), médecin consultant à Cauterets. « L'usage du laryngoscope, avec lequel on peut suivre pas à pas l'effet

(1) Renseignements sur Cauterets. Paris, 1882.

des eaux sur la muqueuse laryngienne, permet au médecin de reconnaître les premières manifestations d'excitation thermale et de modifier le traitement en ayant recours à des sources plus sédatives et des doses plus faibles ou de le suspendre momentanément, afin d'éviter la *congestion thermale du larynx* (coloration rouge framboisée caractéristique de tout le vestibule laryngien), qui pour nous est le premier signe de la *saturation thermale* ». Récemment encore M. le docteur Guinier (1) signalait cette sensibilité au médicament naturel qui prend, dans la phtisie du larynx, avec gonflement et altérations tuberculeuses de l'épiglotte et de la muqueuse glottique, des proportions remarquables. « Avec un demi verre de Raillère par jour en boisson, et trois quarts de verre en gargarisme, il est commun de voir, dès la première semaine, se produire des phénomènes locaux de réaction qui nécessitent la suspension momentanée du traitement thermal. Nul doute que de grandes doses ne seraient funestes dans tous les cas. »

L'excitation, qui se traduit par des signes non douteux d'irritabilité laryngo-bronchique, voilà donc la propriété primordiale inhérente à la médication sulfureuse.

Or, n'est-ce pas le moment de se poser, à l'exemple de M. Durand-Fardel (2), la question suivante : Qui peut affirmer, quand on administre des eaux minérales à un phtisique, avec quelque précaution que ce soit, que cette excitation n'atteindra pas un degré nuisible? Où en est la mesure? Quand faudra-t-il s'arrêter?

Nous savons parfaitement que l'on a signalé la congestion laryngée comme étant le premier signe de la satura-

(1) Revue médicale de Toulouse, n° 7, juillet 1883.

(2) Traité thérap. des Eaux minérales. Paris, 1857, p. 402.

tion thermale. Mais elle était donc saturée, la femme dont parle Cazenave (1) et qui perdit la voix pendant un certain nombre de jours, dès le quatrième verre d'Eaux-Bonnes? Ils sont donc saturés, les malades qui, par l'ingestion d'un demi-verre de Raillère, par jour, voient, dès la première semaine, au dire de M. Guinier, se produire des phénomènes locaux de réaction, qui nécessitent la suspension momentanée du traitement thermal? Il faut bien reconnaître alors de quelles difficultés est entourée l'administration d'eaux qui jouissent d'une telle puissance d'excitation. Voilà pourquoi il y a à cette administration des contre-indications nombreuses.

L'emploi des sulfureux est surtout contre-indiqué dans la phtisie laryngée où leur puissance d'excitation est à la fois des plus évidentes et des plus dangereuses. En voici un exemple entre plusieurs.

Observation V

Phtisie laryngée. — Emploi répété des sulfureux. — Cancroïde de la pointe de la langue. — Mort.

Joseph M..., cinquante-six ans, célibataire, marchand ambulant, se présente à la clinique du docteur Moure le 31 décembre 1881.

Antécédents héréditaires et morbides nuls.

Il y a cinq ou six mois, Joseph M..., que sa profession obligeait de beaucoup crier, remarqua que sa voix devenait enrouée et moins forte.

En même temps il s'aperçut qu'une petite tumeur se développait à la pointe de la langue. Il est vrai de dire que c'était un grand fumeur de pipe.

A cette époque, il consulta un médecin qui, pour améliorer l'état

(1) Rech. clin. sur les Eaux-Bonnes. Paris, 1854, p. 52.

de son larynx, prescrivit l'emploi des sulfureux. Après quinze jours de ce traitement l'enrouement, loin de disparaître, s'étant aggravé, il vint réclamer nos soins à la date indiquée ci-dessus.

Etat actuel. — Le malade tousse beaucoup, surtout la nuit ; l'expectoration, encore muqueuse, est abondante; la voix est très enrouée et même éraillée, et il n'est plus possible au malade, qui auparavant chantait avec facilité dans le haut, de pousser les notes aiguës; il existe une sensation de corps étranger dont le malade essaie vainement de se débarrasser; mais il n'y a pas encore de dysphagie.

Au sommet du poumon droit et principalement en avant sous la clavicule, on perçoit des craquements humides et le doigt, en percutant, y éprouve de la résistance; au sommet gauche, l'expiration est prolongée et très rude; il y a aussi de la submatité.

La langue est le siège d'une petite tumeur mamelonnée, d'aspect rosé, ayant le volume d'une pièce de cinquante centimes et très indurée à la base; elle occupe la pointe un peu à gauche et plutôt le bord supérieur. Mais il n'est pas possible de découvrir un seul ganglion hypertrophié. Les papilles linguales sont très développées et forment de véritables papillomes. La voûte palatine est décolorée.

Examen laryngoscopique. — L'épiglotte est normale. Les éminences aryténoïdes sont tuméfiées, surtout celle de gauche. La commissure postérieure est nettement verruqueuse. La bande ventriculaire droite est saine; celle de gauche, tuméfiée, ulcérée dans sa partie médiane, recouvre la corde vocale.

Les cordes vocales ont l'aspect mou et relâché ; la droite est grisâtre, la gauche exulcérée dans toute son étendue. L'aspect général du larynx est un peu hypérémié.

Un traitement général est institué, et comme traitement local on pratique quelques attouchements iodo-iodurés et on prescrit des pulvérisations phéniquées.

La tumeur linguale ayant à peu près tous les symptômes de l'épithélioma et ayant été jugée telle par plusieurs médecins présents à la consultation, l'extirpation fut proposée au malade, qui la refusa. M. Moure résolut alors de recourir au galvano-cautère, ce qui fut accepté.

Les cautérisations commencèrent le 7 janvier 1881 ; elles furent pratiquées une fois par semaine jusqu'au 4 février et sous leur influence la tumeur avait, à notre grand étonnement, presque entière-

ment disparu; de telle sorte qu'il ne restait plus au centre de la cicatrice qu'un point encore ulcéré ayant à peine le volume d'une petite lentille. De même l'examen laryngoscopique nous avait démontré une légère amélioration des lésions laryngées.

A ce moment, le malade nous quitta de nouveau, trouvant sans doute que son larynx ne guérissait pas assez vite. Pour la seconde fois, on lui ordonna l'eau sulfureuse artificielle. Mais après quelques jours seulement de ce traitement, sa voix s'étant presque éteinte, il résolut d'entrer à l'hôpital où il fut admis le 19 avril 1882. Durant tout son séjour, qui dura une quinzaine de jours, il y prit l'eau d'Eaux-Bonnes, et il en sortit alors, ayant complètement perdu la voix.

25 avril 1882. — Il revient à nous, mais les lésions avaient fait de grands progrès.

L'épiglotte, saine au début, est maintenant ulcérée à sa base; ses bords forment relief et ont presque l'aspect chassieux; l'ulcération a détruit presque la totalité de la corde vocale droite et le bord de la corde gauche est maintenant un peu déchiqueté; à la région aryténoïdienne, les végétations ont grossi et les replis ary-épiglottiques sont très tuméfiés et forment deux tumeurs pyriformes. Une sténose assez prononcée en est la conséquence.

Les lésions pulmonaires ont également marché et l'état général est devenu mauvais.

Le malade reprend son traitement, mais nous y joignons les pulvérisations bromo-morphinées pour combattre la dysphagie maintenant existante.

D'un autre côté, l'ulcération linguale, qui avait été abandonnée à elle-même, a récidivé sur les bords de la cicatrice. On fait de nouvelles mais de rares cautérisations au galvano-cautère.

30 juin. *Langue.* — Elle est devenue le siège d'ulcérations multiples et légèrement anfractueuses, à bords légèrement irréguliers, d'aspect grisâtre; l'une d'elles s'est développée depuis huit jours sous la langue du côté gauche, elle a l'aspect d'une fissure; l'état général est de plus en plus mauvais.

Larynx. — Gonflement inflammatoire de toute l'épiglotte avec ulcération de la face laryngée partant du bord libre gauche et allant à la face interne du repli ary-épiglottique de ce côté; congestion et tuméfaction très grandes des aryténoïdes et des replis; végétations inter-aryténoï-

diennes ; ulcérations anfractueuses occupant toute la bande ventriculaire gauche et œdème à droite ; cordes vocales presque totalement disparues, surtout celle de droite : telles sont présentement les lésions. Toutes ces parties sont recouvertes de sérosité purulente jaune. La trachée est très hypérémiée. D'un autre côté, dysphagie considérable et amaigrissement très marqué ; dyspnée prononcée ; salivation très abondante ; expectoration franchement purulente.

Poumons. — Tous les signes de lésions avec cavernes.

Le même traitement est continué. Mais nous apprenons bientôt que le malade a succombé.

Il nous serait facile de rapporter un grand nombre de faits semblables. Nous aimons mieux les résumer dans cette proposition : que la grande majorité des malades atteints de phtisie laryngée qui avaient été soumis à la médication sulfureuse et que nous avons eu l'occasion d'examiner, n'en ont jamais éprouvé la moindre amélioration ; au contraire, elle a été funeste au plus grand nombre, en donnant à la maladie un véritable coup de fouet ; et dans quelques cas plus rares et plus heureux, soit que la médication eut été très anodine, soit que les sujets fussent plus réfractaires à l'action des sulfureux, la maladie primitive est restée dans le *statu quo*.

A quelques moments qu'ils aient été administrés, toujours les mêmes effets nuisibles se sont produits. C'est qu'on a beau chercher, il n'est pas facile, en effet, d'en découvrir l'indication dans la laryngite tuberculeuse.

Elle ne réside pas dans la forme aiguë, puisqu'il s'agit de combattre en pareil cas une véritable inflammation et qu'on y arrive dans la limite du possible, par les révulsifs, aidés des pulvérisations phéniquées ; les sulfureux, au contraire, ne feraient que l'exagérer. Seul, le processus chronique semblerait en réclamer l'emploi, et c'est uniquement

à ces cas que Deel (1), Bergeaud (2), Isambert (3), et beaucoup d'autres ont cru avantageux de le réserver. Mais, étant donné que ces eaux agissent électivement sur le larynx en y provoquant, parfois dès la première semaine, une irritation des plus vives, quel pourra être ici leur effet ? Ce sera évidemment de ramener à l'état aigu la maladie chronique ; de là un danger des plus redoutables, puisqu'à l'état aigu la phtisie laryngée est incapable de guérir. Et qu'on ne voie pas dans cette manière d'apprécier les faits la moindre portée d'exagération. Pidoux (4), qui était si bien placé pour se faire une opinion sur ce point, n'a-t-il pas déclaré lui-même qu'il a « toujours trouvé cette eau (d'Eaux-Bonnes) vaine ou nuisible dans la vraie phtisie laryngée ? Elle *irrite trop le larynx*, et on n'observe pas, plus tard, la réaction en sens inverse. » Certes, voilà des paroles qui méritaient bien d'être prises en considération et qui, cependant, ont laissé froids ou indifférents le plus grand nombre des praticiens.

Au fait, il est possible que les eaux sulfureuses aient leur indication thérapeutique dans certaines formes de phtisie pulmonaire ; dans la tuberculose laryngée, l'action altérante, ou pour mieux dire résolutive de ces eaux sur les lésions locales fait constamment défaut ; non-seulement elle est vaine, mais toujours funeste ; les eaux sulfureuses nuisent par défaut d'appropriation aux conditions et à la forme de la maladie. Peu importe, d'ailleurs la station thermale ou la source dont on aura fait choix ; Amélie-les-Bains, Bagnères-de-Luchon, Allevard, Cauterets ou Gurnigel (Suisse) ne sont pas, à ce point de vue, préférables

(1) Loc. cit. p. 29.
(2) Loc. cit. p. 51.
(3) Loc. cit. p. 213.
(4) Etude sur la phthisie. Paris, 1874 ; p. 457.

à Eaux-Bonnes et à Eaux-Chaudes ; peu importe en outre que l'eau soit naturelle ou artificielle; son action, nous avons pu fréquemment nous en assurer, est indépendante de semblables conditions. Il s'agit ici d'une propriété d'excitation inhérente à tout sulfureux, en général, et ce n'est pas parce qu'on n'aura pas tenu compte du groupe thermal clinique ou de l'unité dans le groupe choisi, joints aux conditions de climat, que la médication sulfureuse manquera son effet ou aura un effet contraire à l'effet attendu.

Le mode d'administration ne change pas davantage les résultats de la médication ; que les eaux sulfureuses se prennent en boisson, en gargarismes, en humage, en pulvérisations ou en bains, l'action irritante reste la même, mais à des degrés différents.

En dernière analyse, il nous a paru que l'on avait exagéré la portée de la médication sulfureuse, en cherchant à l'employer dans la phtisie laryngée ; car, pour notre part, nous pensons que les sulfureux, sous quelque forme qu'on les administre, sont plutôt nuisibles qu'utiles ; toutes les fois que le diagnostic de tuberculose laryngée aura été porté, l'on devra, selon nous, proscrire cette médication comme étant une arme trop dangereuse et trop difficile à manier.

4° *Moyens chirurgicaux.* — Nous rangeons sous ce titre les interventions chirurgicales que nécessitent parfois certaines indications pressantes : les scarifications, la dilatation du larynx par les tubes de Schrötter et la trachéotomie sont appelées à remplir ces indications. A vrai dire, cette catégorie de moyens ne doit tenir et ne tient effectivement qu'une place restreinte dans le traitement de la phymie laryngée et l'on a quelque peine à croire que des praticiens se soient rencontrés qui aient tenté d'ériger certain d'entre eux presque en méthode thérapeutique.

A. — Scarifications. — Pour combattre l'infiltration tuberculeuse, dit M. Schmidt (1), « le moyen le plus sûr, selon mon expérience basée sur une grande quantité de cas, consiste dans les scarifications larges à travers toute la paroi postérieure du larynx, naturellement dans sa partie supérieure. Je les fais dès qu'une infiltration ne diminue pas par les inhalations dans trois ou quatre semaines. Je me suis convaincu qu'elles ne sont pas nuisibles du tout, qu'au contraire elles contribuent beaucoup à la guérison de ces affections. Depuis longtemps, on a recommandé et fait les scarifications pour les œdèmes aigus du larynx et l'on a toujours recommandé de les faire grandes. C'est la même chose pour les œdèmes chroniques. Il faut d'autant plus les faire grandes que les œdèmes chroniques ne se résolvent pas si vite et que les plaies doivent rester ouvertes pendant quelques jours. Au bout de trois ou quatre jours, en général, elles se ferment, je devrais dire malheureusement. Les petites piqûres avec un couteau sont agglutinées déjà au bout de quelques heures.

» Je conseille de les faire avec une espèce de paire de ciseaux qui se ferment, d'après le modèle d'un tonsillotome en attirant les deux moitiés l'une contre l'autre. On introduit les ciseaux fermés derrière l'épiglotte, on les ouvre, on pousse en bas une branche dans le larynx, l'autre dans l'œsophage. Le larynx est porté en haut par les mouvements de vomiturition, on coupe de la paroi postérieure ce qu'on a entre les branches. La douleur de l'opération n'est pas très grande et ne dure pas longtemps ; en général, il n'y a qu'une petite saignée. Il est rare qu'on soit obligé de couper une seconde fois.

» Je ne vous ai pas parlé des affections de l'épiglotte, je

(1) Congrès de Milan.

ne les ai pas vues guérir, excepté dans quelques cas d'ulcérations superficielles; les grandes scarifications faites avec un couteau arrondi soulagent aussi, dans ces cas, les malades pour un temps plus ou moins long.

» Il faut d'abord se défaire de l'idée que cette maladie soit positivement incurable et, si vous vous donnez la peine de la traiter d'une manière rationnelle et sans perdre patience, je suis sûr que vous aurez la satisfaction de constater plus d'exemples de guérison que vous ne croyez (p. 102 et 103). »

Dernièrement encore, cet auteur (1) en confirmait les bons effets dans les termes suivants : « quant aux scarifications larges, je les ai faites souvent avec succès, je n'ai jamais eu à m'en plaindre. La plupart de mes compatriotes ont eu également à s'en louer, s'ils n'ont pas pratiqué l'incision trop petite. »

Telle est la méthode thérapeutique que M. Schmidt s'est efforcé, dans ces derniers temps, de remettre en honneur; telle est cette méthode avec ses applications et ses résultats.

Pour ceux qui croient à l'œdème vrai, c'est-à-dire à l'infiltration séreuse, les scarifications sont, en effet, naturellement indiquées, et voilà pourquoi sans doute Mandl (2) et Bœckel (3), les ayant jugées très utiles, ont recommandé d'y recourir avant de songer à la trachéotomie. Mais pour ceux qui, comme nous, ne croient pas à l'œdème vrai depuis que les recherches micrographiques ont montré qu'il n'existait pas, pour ceux qui, comme nous, ne voient dans l'œdème chronique qu'un gonflement dû à des amas de

(1) Lettre particulière.

(2) Loc. cit. p. 69.

(3) Loc. cit. p. 260.

nodules tuberculeux, et, dans l'œdème aigu habituel de la tuberculose, qu'un gonflement inflammatoire surajouté au gonflement phymique préexistant, l'indication précédente fait défaut : elle fait défaut dans le premier cas, où leur action sur le néoplasme serait nulle et où elle deviendrait peut-être « le point de départ d'une nouvelle ulcération (Capart) » ; elle fait défaut dans le second, où les simples révulsifs sont bien plus aptes à remplir l'indication symptomatique. L'expérience, d'ailleurs, a démontré à Isambert (1) l'inutilité des scarifications. D'autre part, c'est évidemment en s'appuyant sur des considérations analogues aux précédentes que M. Zawerthal (2) est arrivé à regarder « comme absolument inacceptable le traitement proposé par M. Schmidt aux congrès de Milan et d'Amsterdam. »

Oui, dirons-nous à notre tour, théoriquement, ce traitement est inacceptable. Toutefois, comme nous n'avons sur lui aucune espèce d'expérience, nous avons préféré exposer la méthode dans son intégrité, afin de laisser à chacun le droit de l'apprécier et, au besoin, de la mettre en pratique.

Nous ne ferons que signaler le râclement des plaies et l'ablation des granulations à l'aide d'une curette, procédé employé par M. Bayer (3), mais qui nous paraît infidèle, sinon dangereux.

B. — Dilatation du larynx. — La dilatation du larynx ou cathétérisme se pratique au moyen de tubes, dits tubes de Schrötter, ou à l'aide de cylindres pleins qui portent le même nom. D'après M. Capart, l'emploi régulier

(1) Loc. cit.
(2) Lettre part.
(3) Lettre part.

de ce mode de traitement suffirait déjà quelquefois à lui seul, à faire disparaître les hypertrophies; ce moyen aurait également fourni à M. Bayer de bons résultats. Cependant il ne paraît avoir pour le moment aucune tendance à entrer dans la pratique courante.

C.— Trachéotomie.— La tuberculose laryngée nécessite parfois la trachéotomie au même titre que le croup. Elle n'est donc et ne peut être qu'une ressource de la dernière heure. Vouloir lui demander davantage serait certainement une faute; car son indication reste purement symptomatique, et elle a pour but de parer à une complication tout éventuelle : l'asphyxie. Aussi croyons-nous que M. le docteur Beverley-Robinson (1) va trop loin, lorsqu'il affirme que « pour obtenir un résultat satisfaisant, il est indiqué de ne pas retarder l'opération, mais plutôt de la pratiquer dès que la *nature de la maladie* est connue, et que les autres moyens semblent être inutiles », afin que « les malades, loin d'avoir à souffrir de la présence de la canule, bénéficient, au contraire, de l'opération (2) ». Il faut plutôt la pratiquer en temps voulu, et ce temps ne peut-être déterminé que par chaque cas en particulier.

L'asphyxie rapidement menaçante et ayant son origine dans la sténose glottique, laquelle est produite soit par le gonflement inflammatoire, soit par des productions phymiques polypiformes, soit par des lambeaux flottants de muqueuse ou par l'enclavement d'un cartilage nécrosé, soit enfin par la paralysie des muscles dilatateurs, telles sont les indications générales; mais il y a également à se préoccuper d'un certain nombre de conditions particulières, qui peuvent se présenter.

(1) Cité par Mackenzie, loc. cit., p. 532.
(2) The med. Rec., 17 mars 1883.

Ainsi la phtisie laryngée peut être initiale ou consécutive et même n'apparaître que dans la période de cachexie. « Pour ce qui concerne les deux extrêmes, dit M. le docteur Astier (1), il n'y a pas d'hésitation possible : s'il survient des accidents asphyxiques de cause laryngée, dans le premier cas, la trachéotomie est bien franchement indiquée et elle est absolument contre-indiquée dans le second. A la période de cachexie, ce n'est pas la gravité de l'opération qui doit la faire rejeter, mais bien l'intérêt du malade qui n'en retirerait aucun profit. » Isambert avait lui-même déjà exprimé les mêmes réserves. Ajoutons qu'il importe aussi beaucoup de se guider sur l'état général.

Mais, il ne faut pas se le dissimuler, la trachéotomie, qui est aujourd'hui couramment employée dans la phtisie du larynx, ne servira en général qu'à prolonger à peine de quelques jours une existence misérable. Cette vérité ressort outre mesure des faits nombreux publiés par divers auteurs. « J'ai eu l'occasion, dit M. Mackenzie (1), de pratiquer la trachéotomie, pendant ces vingt dernières années dans quelques cas de phtisie laryngée (une douzaine de fois peut-être); mais, quoique cette opération ait certainement remédié aux symptômes urgents de dyspnée, je ne puis me rappeler un seul cas dans lequel elle ait retardé le processus pathologique. » Cependant Messieurs les docteurs Serkowski et Ripley, cités par le même auteur, déclarent avoir obtenu quelques heureux résultats dans des cas où le malade eut infailliblement succombé, si l'on n'eut eu le soin d'ouvrir la trachée. Enfin, l'observation (obs. I.) que nous avons reproduite, en la complétant, et qui est due au docteur Moure, nous permet de confirmer les faits publiés par ces derniers auteurs. Nous devons à la vérité de dire

(1) Des indications de la trachéotomie. Thèse Paris 1879, p. 48.

que les résultats obtenus par M. Moure, qui a depuis pratiqué plusieurs fois la trachéotomie chez des tuberculeux atteints de laryngosténose, sont loin d'avoir été aussi favorables que chez la malade dont il s'agit.

OBSERVATIONS

Observation VI.

Tuberculose miliaire du larynx. — Végétations tuberculeuses des replis thyro-aryténoïdiens. *(Voir fig.* IV.*)*

Jammongin, trente-huit ans, typographe, vient à la clinique le 8 octobre 1880, malade depuis trois ans, époque où il eut une bronchite qui a duré trois mois et a eu des rechutes successives. Gorge s'est prise depuis le début de la bronchite, mais depuis un an surtout, démangeaisons et picotement vif qui provoquaient des quintes de toux violentes ; voix peu altérée ; phonation non douloureuse ; salivation abondante.

Antécédents héréditaires. — Père : mort d'hémorhagie cérébrale ; a perdu un frère et une sœur en très bas âge.

Antécédents morbides. — Pleurésie étant jeune. Pas d'antécédents syphilitiques.

Depuis un mois, la voix a commencé à devenir un peu rauque et enrouée, mais cependant reste assez distincte ; douleurs au niveau du larynx ont augmenté ; la toux produit une sensation de déchirement. Déglutition difficile, douloureuse, avec transmission à l'oreille droite; salivation toujours abondante. Aspect du malade très amaigri, sueurs nocturnes précédées de petits frissons le soir ; douleurs dans l'épaule droite. Vomissements provoqués par des quintes de toux fréquentes ;

de temps en temps crachats sanguinolents ; dyspnée habituelle et augmentée par la marche et surtout la marche ascendante. Ongles hyppocratiques, doigts longs et décharnés.

Larynx. — Aspect miliaire très-caractéristique (*Voir pl.* II *fig.* IV).

Poumons. — Signes manifestes de ramollissement et même de cavernules aux deux sommets, dans les fosses sus et sous-épineuses.

17 octobre. — Les troubles fonctionnels sont peu modifiés ; la dysphagie cependant est moins douloureuse et le malade peut s'alimenter.

Larynx. — Même état. Poumons : râles caverneux et gargouillements.

4 novembre. — La région aryténoïdienne présente une ulcération grisâtre qui se continue sur la partie postérieure de la corde vocale droite ; sur les replis, un grand nombre de petites ulcérations cupuliformes ; il en existe quelques-unes sur la bande ventriculaire gauche vers sa partie postérieure ; cordes vocales exulcérées sur les bords ; de petites proéminences jaunâtres commencent à se dessiner sur la face inférieure de l'épiglotte dont le bord forme bourrelet et est ulcéré en quelques points.

Dysphagie très intense avec propagation à l'oreille ; salivation abondante ; toux quinteuse ; expectoration spumeuse et purulente.

Au traitement habituel, on ajoute les pulvérisations bromo-morphinées.

13 novembre. — Les lésions laryngées ont beaucoup marché ; il est impossible de les distinguer à la vue, car elles sont absolument recouvertes de pus ; l'épiglotte est très tuméfiée et cache une grande partie du larynx.

L'état général est des plus mauvais. Les lésions pulmonaires sont très avancées : gargouillements, souffle carverneux, etc.

Le malade ne peut pas s'alimenter ; car il peut difficilement avaler ; une salive abondante s'écoule de sa bouche.

Nous ne le revoyons plus.

Observation VII

Phymie laryngée aigue. — Œdème de l'épiglotte qui a forme de museau de tanche. *(Voir fig.* VII*).*

Théophile, vingt-cinq ans, galochier, se présente à la clinique du docteur Moure, le 12 novembre 1880, étant malade depuis le 2 février

d'une bronchite avec picotements à la gorge qui provoquent la toux et gênent la déglutition des solides et surtout de la salive.

Aujourd'hui, le malade est très amaigri, a beaucoup perdu de force, sueurs nocturnes, etc.

Antécédents héréditaires. — Deux frères morts jeunes.

Depuis un mois et demi ne peut plus avaler les liquides et les solides, qu'en éprouvant une sensation de brûlure et de déchirement avec transmission douloureuse vers les oreilles, plus accusée à gauche qu'à droite. Toux quinteuse, phonation et pression déterminent de la gêne, mais pas de douleur ; expectoration purulente ; voix voilée depuis deux mois, chuchotée ; elle revenait autrefois par intervalles, elle est aujourd'hui uniformément aphone.

Examen. — L'épiglotte est rouge, unie à sa partie supérieure, mais considérablement tuméfiée sur les bords et a pris la forme dite museau de tanche utérin ; à son bord uni, elle est granuleuse, grisâtre, un peu déchiquetée du côté gauche ; ulcérations grisâtres, fongueuses, en crochets, partent de la ligne médiane et s'étendent sur le côté ; replis aryténo-épiglottiques ont complètement disparu ; l'épiglotte affaissée sur la région aryténoïdienne empêche complètement de voir les cordes vocales inférieures. Région aryténoïdienne est rouge et granuleuse à droite et recouverte d'une sécrétion pultacée à gauche ; le reste de l'organe très-congestionné (*Voir pl.* II, *fig.* VII).

Poumons. — Cavernes aux sommets.

Le malade n'est pas revenu ; il n'a pas dû survivre longtemps à sa maladie.

Observation VIII.

Phymie laryngée rapide, ulcéreuse et œdémateuse. — Mort.

M. D..., tailleur de pierre, trente-neuf ans, se présente à la clinique du docteur Moure, le 17 août 1880.

Antécédents héréditaires, nuls ; morbides, a eu une fluxion de poitrine l'hiver dernier ; il est resté enrhumé depuis cette époque, avec enrouement marqué. Chaque fois qu'il prend froid, l'enrouement augmente et parfois même la voix s'éteint. Depuis dix jours, voix entiè-

rement couverte ; douleur à la déglutition des liquides et des solides, se propageant à l'oreille ; sensation de sécheresse constante à la gorge ; sueurs nocturnes, amaigrissement rapide, diarrhée, et néanmoins bon appétit.

Examen laryngoscopique. — Voûte palatine très décolorée, avec quelques grosses granulations rouges sur la paroi postérieure dn pharynx ; une vaste ulcération gris-sâle occupe toute la moitié droite de l'épiglotte et le bord est détruit en partie de ce côté ; aryténoïdes très gonflés et région inter-aryténoïdienne profondément ulcérée ; cordes vocales déchiquetées, en partie détruites, portant des excroissances bourgeonnantes à leur attache aryténoïdienne qui les empêchent de venir au contact ; du reste l'articulation crico-aryténoïdienne droite est immobile ; bandes ventriculaires rouges et tuméfiées, parsemées de petites ulcérations grisâtres ; replis œdématiés ; toutes ces parties sont recouvertes d'une sécrétion séro-purulente et on n'arrive à bien voir les lésions qu'après les avoir détergées.

Le traitement ordinaire est institué et suivi quelques temps. Mais le malade ne revient plus et l'un de ses voisins, que nous soignons également, nous apprend qu'il a succombé le 14 novembre.

Observation IX.

Phymie laryngée aigue, ulcéreuse et œdémateuse. — Œdème sous-glotique du côté droit.

M. G..., trente-cinq ans, roulier, vient à la clinique du docteur Moure, le 26 avril 1881, et se plaint d'un enrouement et d'une grande gêne respiratoire datant de six mois.

Antécédents héréditaires : père mort de la poitrine, mère vivante ; antécédents morbides : sujet aux bronchites.

Il y a six mois, il prit un chaud et froid qui l'enroua beaucoup, enrouement qui a persisté et s'est peu à peu compliqué de dyspnée, surtout prononcée depuis un mois ; il a maigri, perdu de ses forces ; sueurs nocturnes, douleurs dans les épaules, toux fréquente et suivie d'une expectoration abondante. Lésions pulmonaires évidentes.

Examen laryngoscopique : voile du palais exsangue.

Ulcération grisâtre à la région inter-aryténoïdienne se prolongeant sur chaque aryténoïde tuméfié; replis œdématiés; bandes ventriculaires augmentées de volume et laissant voir les glandules très saillantes; cordes vocales végétantes dans leur tiers postérieur et s'engrenant dans le reste de leur étendue; ulcération ovalaire à la base de l'épiglotte et se portant à gauche; tout le pourtour est gonflé, forme bourrelet et secrète un liquide filant; sous la corde vocale droite, et un peu en arrière, la muqueuse de la trachée fait une sallie globuleuse et blanchâtre, qui n'est autre que de l'infiltration tuberculeuse sous-glottique.

Dysphagie intense et douleurs d'oreille accrues par la déglutition ; salivation abondante.

On institue un traitement général et un traitement local. Le malade ne pouvant acheter un pulvérisateur, nous remplaçons les pulvérisations par des inhalations avec l'eau phéniquée bouillante.

6 mai. — L'état est sensiblement le même. Attouchements bromomorphinés qui calment momentanément la douleur.

Etat général mauvais.

Le malade ne pouvant continuer à suivre le traitement à la clinique, à cause de l'essoufflement qui l'empêche de se déplacer, entre à l'hôpital et meurt peu de temps après. L'autopsie n'a pas été faite.

Observation X

Phtisie laryngée torpide.— Emploi répété des sulfureux ; poussées aigues consécutives ; mort.

X..., trente-cinq ans, garçon de café, ayant l'aspect extérieur d'une bonne constitution, vient nous consulter le 25 octobre 1881, pour un enrouement persistant.

Pas d'antécédents morbides, mais a un frère mort d'une affection chronique de la poitrine.

Son enrouement, qui s'accentuait peu à peu, datait déjà de deux ans; étant allé à Cauterets pour y faire une cure thermale, il y eut une hémoptysie assez sérieuse. Il en revint, après la saison, la voix plus enrouée et affaiblie, mais il y avait été aphone pendant quelques jours et l'on avait même dû suspendre les sulfureux.

Examen laryngoscopique. — Pâleur accentuée de la muqueuse palatine. Larynx : épiglotte saine ; la région aryténoïdienne est garnie de grosses excroissances polypoïdes qui empêchent la jonction des cordes vocales à leur partie postérieure; celles-ci, rouges et dépolies, sont légèrement végétantes à leur tiers postérieur; aryténoïdes un peu tuméfiés. Il n'existe pas d'autres lésions.

Légère sensation de gêne au larynx, mais pas de dysphagie.

Poumons. — Pas de lésions apparentes; un peu de submatité et expiration prolongée aux sommets.

Le traitement ordinaire est institué.

Le malade continue son métier dont il paraît avoir peu à souffrir ; nous le voyons tous les quinze jours.

18 Novembre. — Ses lésions restent stationnaires; la voix est toujours très-enrouée et couverte. Comme il ne guérissait pas vite, il cessa de venir nous voir jusqu'à son nouveau départ pour Cauterets, qui eut lieu le 1er juin 1882, malgré que nous l'eussions fortement dissuadé d'y aller. De nouveau soumis à la médication sulfureuse, il eut deux hémoptysies. Voyant cela, il quitte Cauterets et nous revient environ trois semaines après son départ.

30 Juin 1882. — Voici son état: grosses végétations rouges à la région aryténoïdienne ; aryténoïde droit tuméfié ; aryténoïde gauche ulcéré ; l'ulcération s'étend à une grande partie du repli du même côté; cordes vocales ulcérées et végétantes; bandes ventriculaires fortement œdématiées, de même que le bord libre de l'épiglotte ; une sécrétion purulente et grisâtre recouvre ces parties. Il y a de la dysphagie et la douleur se propage légèrement à l'oreille ; dyspnée, surtout lorsqu'il fait effort, toux fréquente; crachats purulents abondants; voix éteinte et par moment éructante.

Poumons. — Matité à gauche jusqu'à l'angle de l'omoplate, souffle caverneux dans la fosse sus-épineuse et gargouillements; au sommet droit, matité et petits craquements humides; sueurs nocturnes, douleurs dans les épaules, amaigrissement marqué.

En outre, il existe un catarrhe purulent double, probablement de nature tuberculeuse.

Traitement habituel général et local.

11 Juillet. — Lésions laryngées paraissent détergées, mais non améliorées ; dysphagie intense; expectoration purulente; toux quinteuse; perte de l'appétit; aggravation des lésions pulmonaires. Le

malade ne revient plus. Nous apprenons sa mort quelques temps après.

Observation XI.

Tuberculose laryngée miliaire, agravée par l'usage des sulfureux.

M. E... M..., vient à la clinique du Dr Moure le 31 mars 1882.

Antécédents mauvais.

Au mois de janvier, il fut pris d'un enrouement et de gêne respiratoire ; il toussa beaucoup depuis cette époque et expectora de nombreux crachats, les uns épais et filants, les autres sanguinolents.

Il prend de l'eau sulfureuse artificielle du 15 janvier au 25 février; sous leur influence, la maladie s'aggrave; dysphagie très intense et exagérée par la déglutition à vide; douleurs d'oreille; dyspnée.

Examen laryngoscopique. — Granulations miliaires sur le voile du palais et sur les piliers; ces parties presque en voie de ramollissement, ont l'aspect déchiqueté ; région aryténoïdienne profondément ulcérée et suppurante ; replis couverts de granulations miliaires qui s'étendent à toute la face laryngée de l'épiglotte dont le bord est boursouflé et ulcéré par places; replis aryténo-épiglottiques très tuméfiés ; ulcérations grisâtres en crachats sur le repli de gauche à son départ de l'aryténoïde ; toutes ces parties sont fortement congestionnées.

Lésions pulmonaires avancées.

Traitement ordinaire. — Le malade ne revient pas.

Observation XII.

Tuberculose laryngée ulcéreuse agravée par l'usage des sulfureux ; amélioration très-notable après leur cessation.

Mme veuve Sub..., trente-trois ans, gouvernante, vient à la clinique le 1er août 1882. Antécédents héréditaires; père mort hydropique. Antécédents morbides; très sujette aux enrouements ; menstrues irrégulières. Il y a deux ans, sa voix devint plus enrouée que de coutume,

en même temps ses forces tendaient à l'abandonner. Elle fut soumise à un traitement général et prit l'eau de Labassère pendant trois mois. Mais l'enrouement persista, s'aggrava même jusqu'au moment où la voix fut entèrement éteinte.

Etat actuel. — La malade a maigri beaucoup, elle mange peu, mais elle tousse rarement et son expectoration est muqueuse ; quelques sueurs la nuit. Elle éprouve de forts picotements à la gorge, mais elle avale sans difficulté.

Examen laryngoscopique. — Décoloration de la voûte palatine. Rien à l'épiglotte, qui est rouge à sa face laryngée.

Région aryténoïdienne non ulcérée, mais tuméfiée et comme boursoufflée ; la tuméfaction s'étend aux replis ; cordes vocales desquamées et exulcérées sur les bords ; seule la bande ventriculaire gauche est le siège d'une petite ulcération grisâtre ; la trachée est très-rouge. Tout le larynx, du reste, est sensiblement congestionné.

Poumons. — Expiration très-rude à droite, affaiblie à gauche où il existe quelques légers craquements secs.

Le traitement ordinaire est institué.

Attouchements iodo-iodurés tous les quinze jours.

25 août. — La malade se trouve améliorée ; ne tousse pas, crache peu, mange bien, n'a plus qu'une simple gêne au larynx.

Examen laryngoscopique. — Face laryngée de l'épiglotte moins rouge ; région aryténoïdienne plus pâle et moins boursoufflée ; les bords des cordes vocales sont plus nets et rosés ; l'ulcération n'existe plus sur la bande ventriculaire gauche où on aperçoit à peine un petit point blanc grisâtre ; l'aspect général du larynx est bien moins congestionné. La voix est revenue en partie.

Poumons. — Pas de modifications sensibles.

Le traitement continue.

3 octobre. — L'amélioration est très-notable.

Il y a encore un peu de tuméfaction sur l'aryténoïde droit, mais le boursoufflement a presque entièrement disparu et la surface aryténoïdienne est presque regulière ; rougeur au tiers postérieur des cordes vocales dont les bords se sont reformés.

La voix est maintenant bonne et même assez timbrée, mais pas absolument claire.

Poumons. — Toujours un peu de rudesse aux sommets. — L'état général est bon.

13 avril 1883. — Se sentant presque guérie, la malade n'est pas venue depuis longtemps, son larynx est en bon état ; cordes seules catarrhales. Presque rien aux poumons.

3 juillet. — L'amélioration se maintient.

La malade a notablement engraissé. Il nous serait facile de multiplier ces derniers faits, mais ils ne feraient que se répéter.

Observation XIII.

Phymie laryngée chronique avec poussées subaigues. — Guérison avec ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne gauche.

M. H..., cinquante-et-un ans, cartonnier, rue T..., 196, se présente à la clinique du docteur Moure, le 22 août 1881, se plaignant d'être enroué et d'avoir la voix très affaiblie.

Ce malade a perdu ses parents à l'âge de dix ans d'une maladie de poitrine. Sa sœur est morte toute jeune et son frère s'est coupé la gorge il y a trois ans. Son fils a succombé, dit-il, à la cyanose (?), en quittant le service militaire.

Lui-même fut envoyé en Afrique après les affaires du 2 décembre; il y fut soumis à toutes sortes de mauvais traitements et y contracta les fièvres qu'il conserva dix-huit mois.

Le malade fait remonter son enrouement à l'année 1873. Il finit bientôt par avaler difficilement, en même temps que sa respiration se trouva fort gênée. On le soumit à un traitement général, mais on ne fit rien contre l'affection du larynx qui cependant s'améliora légèrement.

Mais depuis cette époque, le malade est resté enroué à un degré variable. Il y a deux ans, il vit sa maladie s'aggraver *à la suite des bains de mer*; il eut de la gêne au larynx, de la dysphagie, de la dyspnée, en même temps qu'il devint absolument aphone. Il commença à maigrir et il eut des sueurs nocturnes abondantes, jusqu'au mois d'octobre 1880, époque à laquelle il eut un vomissement de sang. Antérieurement au vomissement, le malade avait craché le sang presque tous les jours.

En ce moment, il ne se plaint pas de tousser beaucoup, mais d'être très essoufflé, ce qui l'empêche de faire le moindre effort ; d'avoir beaucoup maigri ; d'avoir des sueurs nocturnes ; son appétit est assez bon, mais les aliments sont difficilement avalés.

L'expectoration est muqueuse, mais de temps en temps il rejette quelques crachats muco-purulents. La voix est enrouée et très affaiblie.

La percussion révèle de la matité au sommet gauche, de la submatité à droite.

L'auscultation donne un souffle tubaire à gauche, et, de temps en temps, des gargouillements à droite ; l'expiration est rude et prolongée.

Examen laryngoscopique. — La muqueuse palatine est très pâle. L'épiglotte est saine. Les éminences aryténoïdes et la commissure postérieure sont notablement œdématiées, de même que les bandes ventriculaires ; mais aucune de ces parties ne porte la moindre ulcération. Les cordes vocales sont épaisses, et presque laiteuses ; à leur union avec les aryténoïdes, se remarquent deux petites ulcérations superficielles. Il existe, du reste, un état sablé de tout le larynx.

La trachée apparaît rouge. Le malade est soumis à un traitement général : huile de foie de morue, arséniate de soude, quinquina, viandes saignantes, frictions sur tout le corps, et au traitement local ordinaire : gargarismes iodo-iodurés et pulvérisations phéniquées et balsamiques.

Comme il est très intelligent et qu'il désire ardemment guérir, il se soigne très ponctuellement.

13 septembre. — Déjà l'amélioration s'est manifestée. Le malade respire plus librement ; il est moins gêné pour avaler, mais il éprouve toujours de la gêne au niveau larynx ; il tousse moins, et l'expectoration est plus rare. Les parties tuméfiées, aryténoïdes, bandes ventriculaires, paraissent avoir diminué de volume et elles sont moins rouges ; de même, l'aspect sablé est moins apparent ; les deux petites ulcérations sont détergées et tendent à disparaître. Depuis cette époque, nous avons vu le malade une ou deux fois par mois, et son état est toujours allé s'améliorant.

4 octobre. — La guérison est aujourd'hui complète ; mais s'il n'existe pas d'œdème ni d'ulcérations, l'articulation crico-aryténoïdienne gauche est impuissante à se mouvoir, étant ankylosée.

La voix est revenue claire, la dysphagie a cessé, et le malade mange facilement et avec appétit. L'état général est bon.

25 avril 1883. — *Examen laryngoscopique :* épiglotte saine; pas d'œdème, pas d'ulcérations; un peu de rougeur seulement à la région aryténoïdienne; articulation crico-aryténoïdienne gauche toujours inactive; voix claire, toux et expectoration nulles; pas de dysphagie ni de sensation de corps étranger; pas de gêne respiratoire; il est maintenant possible au malade de marcher, de courir même, ce qu'il n'aurait pu faire il y a encore six mois.

Poumons. — Rien de bien anormal; au sommet droit, respiration un peu affaiblie, et rude au sommet gauche. En somme, l'état général est bon; il n'y a pas de sueurs nocturnes; l'appétit est revenu, et même le malade engraissé a augmenté de poids. Il continue à prendre tous les jours de l'huile de foie de morue, et, de temps en temps seulement, de l'arsenic. Il peut donc être considéré comme guéri et du larynx et des poumons.

Le nombre d'observations personnelles que nous rapportons s'est trouvé forcément restreint, d'une part, par le temps et l'espace qui nous manquent, d'autre part, par le désir que nous avions de livrer à la publicité les documents qu'on a bien voulu nous fournir.

Observation XIV (Communiquée par le Dr E. J. Moure).

(Voir pl. II, fig. 6.)

Phtisie laryngée chronique, ulcération et gonflement de la muqueuse inter-aryténoïdienne empêchant le rapprochement des cordes vocales, amélioration notable.

Mme Ch..., âgée de trente-trois ans, m'est adressée par un de mes confrères de la ville, le 7 avril 1882, pour un enrouement qui date déjà depuis le commencement de l'hiver et qui a surtout augmenté depuis deux mois. Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents morbides. — La malade s'enrhume facilement et, depuis le commencement du dernier hiver, elle tousse presque cons-

tamment; elle a notablement maigri, bien qu'elle soit encore assez robuste. Pas d'hémoptysies ; règles irrégulières ; douleur entre les deux épaules; sensation de malaise.

Examen laryngoscopique. — Le voile du palais est un peu anémié et le miroir laryngien révèle un gonflement notable de la muqueuse interaryténoïdienne; cette dernière est rouge, tuméfiée, et sur sa face antéro-supérieure, on aperçoit une vaste ulcération, à fond grisâtre, un peu bourgeonnante, d'aspect presque miliaire ; cette ulcération s'étend également sur la face interne de la muqueuse qui recouvre les aryténoïdes. Les replis ary-épiglottiques sont également rouges et œdématiés (œdème dur) ; les cordes vocales sont rosées, épaissies, et, pendant la phonation, elles ne peuvent arriver au contact, à cause de l'obstacle qu'apporte, à leur rapprochement, la muqueuse interaryténoïdienne tuméfiée (*Voir fig. 6.*)

A la vue de cet aspect enflammé de l'organe vocal, j'interroge la malade pour savoir si l'on n'a pas fait d'attouchements caustiques dans le larynx ou administré de sulfureux ou une autre médication irritante. J'apprends alors que, pendant un mois, elle a pris des Eaux de Cauterets et d'Eaux-Bonnes, et que c'est depuis l'emploi de cette médication, qui semblait tout d'abord la soulager, qu'elle avait vu la voix se voiler de plus en plus et qu'elle avait éprouvé, au moment de la déglutition, une véritable gêne suivie de la douleur au niveau du larynx.

L'examen des organes thoraciques révèle l'existence de gargouillements très nets et très nombreux, au niveau de la fosse sous-claviculaire gauche. Le poumon droit paraît sain. A la médication générale tonique, prescrite par mon confrère et au traitement révulsif (vésicatoires, pointes de feu) fait au niveau du thorax, j'ajoute le traitement que j'ai l'habitude d'employer dans les cas de ce genre (pulvérisations phéniquées et créosotées alternées, gargarismes iodo-iodurés ; attouchements de l'ulcère, deux fois par semaine, au début, avec des solutions très légèrement astringentes, iodées ou créosotées). Après quelques mois de traitement très régulier, la voix ne tarda pas à devenir meilleure, plus timbrée, et malgré un petit rhume qui a déterminé une légère poussée du côté du larynx, durant l'hiver 1882-83, l'état de cet organe était, dès le commencement de cette année, dans un état satisfaisant ; l'ulcération absolument cicatrisée, les cordes à peine grisâtres, et il ne restait d'autre lésion qu'un épaississement de la

muqueuse interaryténoïdienne, assez léger cependant pour ne pas empêcher l'affrontement presque absolu des rubans vocaux. L'état du poumon s'était lui-même amélioré d'une manière frappante et à l'auscultation, on n'entendait guère, du côté malade, que quelques râles à peine humides.

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion de revoir la malade, qui suit encore son traitement, bien que d'une façon un peu moins régulière, et l'amélioration obtenue s'est toujours maintenue.

Observation XV (Communiquée par le Dr E. J. Moure).

Tuberculose laryngée primitive, ulcération de l'épiglotte et de la bande ventriculaire gauche ; œdème aryténoïdien. — Guérison.

M. F... M... m'est adressé le 25 février 1882 par M. le professeur Oré, pour un enrouement qui date déjà depuis un an et demi.

Antécédents héréditaires. — Une sœur morte tuberculeuse à l'âge de vingt-cinq à vingt-six ans.

Le malade, jeune homme de vingt-sept ans, d'aspect assez chétif, un peu amaigri, surtout depuis le début de sa maladie, dit-il, éprouve depuis quelque temps en dehors d'un enrouement assez prononcé, une gêne surtout perceptible au moment de la déglutition. Sueurs nocturnes peu abondantes, douleurs entre les épaules.

Cependant l'examen des organes thoraciques ne permet point de reconnaître l'existence d'une lésion bien nette.

Pas d'antécédents syphilitiques.

Du côté des voies respiratoires supérieures, le voile du palais est assez aminci, ainsi que la muqueuse pharyngienne.

A l'examen laryngoscopique, on trouve d'abord une ulcération de l'épiglotte qui est à moitié détruite, comme si elle eût été rongée par les rats, tant son contour supérieur est irrégulier et dentelé, et on aperçoit nettement le fibro-cartilage mis à nu par le travail ulcératif, l'opercule glottique est doublé de volume en épaisseur.

Du côté de la région postérieure (aryténoïdienne), il existe une tuméfaction pyriforme, surtout accentuée du côté gauche. La bande ventriculaire de ce côté également tuméfiée et ulcérée sur sa face supérieure près du repli ary-épiglottique recouvre la corde vocale

inférieure de ce côté dont elle laisse à peine apercevoir un liseré gris-blanchâtre.

La corde vocale gauche est rosée dans son tiers postérieur et grisâtre (catarrhale) dans tout le reste de son étendue.

L'absence *absolument certaine* d'antécédents spécifiques et du reste l'aspect bien caractéristique des lésions laryngiennes ne permet pas le moindre doute au point de vue de la nature de la lésion. Je prescris le traitement habituel général et local.

Je ne rappellerai point les changements excessifs qui s'opérèrent dans l'état du malade et je me bornerai à dire qu'au mois d'août il fait une saison au Mont-Dore, où l'on s'abstint de faire des pulvérisations pour éviter toute cause d'irritation.

Dès cette époque, son état était déjà notablement amélioré et la voix bien plus timbrée et, depuis plusieurs mois, le larynx a repris un aspect absolument normal. L'épiglotte est détruite en partie et l'on aperçoit encore au milieu de cet opercule, une surface grisâtre de la grosseur d'un grain de mil, dernier vestige de l'ulcération qui tend de plus en plus à disparaître.

La région aryténoïdienne est normale ainsi que la bande ventriculaire autrefois tuméfiée et ulcérée, et l'on aperçoit nettement les deux cordes vocales toujours un peu grises (car elles sont si rarement nacrées, même chez l'homme bien portant), et l'état général du malade qui a notablement engraissé, est des plus satisfaisants.

Observation XVI (Communiquée par le Dr Coupard).

Tuberculose laryngée œdémateuse ; aspect velvétique. — Guérison.

M. X..., vingt-cinq ans, employé de commerce, né dans le département de l'Allier, habite Paris depuis dix ans.

Au mois de mai 1877, ce malade vient me consulter pour un enrouement très prononcé qui date de trois ou quatre mois et qui va toujours s'accroissant ; il se plaint aussi d'un amaigrissement très notable, de pertes de forces, de sueurs nocturnes.

Pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille. Il n'a jamais eu la syphilis. Le docteur Lemarchand, de Royat, à qui il est recommandé veut bien l'examiner avec moi.

Nous trouvons à l'examen laryngoscopique un abaissement de l'épiglotte qui masque l'ouverture glottique. Elle est considérablement œdématiée et recouverte d'un enduit blanchâtre, les ligaments aryténo-épiglottiques et surtout la muqueuse recouvrant les cartilages corniculés présentent le même aspect. Le malade n'éprouve de la douleur que pendant la déglutition des liquides. Pas d'état ganglionnaire.

Le voile du palais est notablement décoloré.

Depuis deux ou trois hivers, le malade qui a toujours eu, nous dit-il, la poitrine grasse, s'enrhume facilement, et c'est à la suite de sa dernière bronchite qu'il a éprouvé les symptômes dont il se plaint aujourd'hui. A la percussion submatité à droite, rien à gauche ; à l'auscultation, expiration prolongée et craquement à droite ; expiration prolongée à gauche.

En attendant que le malade, sur notre conseil, parte à la campagne, je lui fais quelques cautérisations à la liqueur de Villate qui modifie très bien l'état muco-purulent de son larynx. La déglutition devient plus facile.

Pendant son séjour dans l'Allier, le malade, pour se distraire, va passer une vingtaine de jours à Royat, et là le docteur Lemarchand continue à le cautériser avec une solution iodo-iodurée.

Pendant tout ce temps, le traitement général n'a pas été négligé : chlorhydro-phosphate de chaux ; arséniate de soude, granules d'atropine, bière aux repas, jus de viande entre les repas, exercice au grand air et frictions tous les matins sur la poitrine et dans le dos avec un gant de crin imbibé d'alcool peu concentré.

De plus j'avais engagé le malade à ne pas respirer par la bouche, à éviter l'humidité.

Le traitement a été religieusement suivi et vers le mois de novembre le malade revenait à Paris avec toutes les apparences de la santé et ayant notablement engraissé.

L'état du poumon s'est notablement modifié ; les craquements humides ont disparu.

Du côté du larynx, après avoir d'abord constaté une voix presque normale, je trouve l'épiglotte parfaitement redressée, encore un peu œdématiée ; les ligaments aryténo-épiglottiques sont normaux ; la muqueuse inter-aryténoïdienne un peu boursoufflée présente deux petites végétations d'environ 2 millimètres de hauteur. Ce boursoufflement empêche le rapprochement complet des cordes vocales inférieures qui sont rouges mais dont la tension paraît normale.

J'ordonne au malade l'huile de foie de morue à la dose de six cuillerées par jour, à condition toutefois qu'il la puisse supporter et qu'elle ne gêne en rien son appétit et ses fonctions digestives.

Quelques cautérisations à la glycérine iodée, des pulvérisations à l'acide phénique et au bromure de potassium modifient rapidement les restes de la lésion laryngienne.

La santé générale est aussi bonne qu'elle ne l'a jamais été, alors le malade me demande à ne plus revenir.

Décembre 1882. — Je revois le malade, il a un chaud et froid et est un peu courbaturé, son larynx est normal. Expiration légèrement prolongée. Il continue l'huile de foie de morue alternant avec le chlorhydro-phosphate de chaux et l'arséniate de soude.

Santé générale excellente.

Observation XVII (Due à l'obligeance du Dr Coupard).

Tuberculose laryngée œdémateuse. — Guérison.

M. X..., trente ans, employé, vient nous consulter pour un enrouement très prononcé qui dure depuis cinq mois et qui nuit beaucoup à sa profession.

C'est un homme de taille moyenne, blond, d'apparence robuste, et qui cependant se plaint d'un amaigrissement notable, d'une perte de forces et de sueurs nocturnes.

Nous sommes en mai 1879, et depuis le mois d'octobre de l'année précédente, le malade n'a pas cessé de tousser.

Il se trouve placé dans un magasin auprès d'une porte toujours ouverte, et il attribue au courant d'air constant et aux poussières du magasin, les accidents dont il se plaint.

Il habite Paris depuis cinq ans et avait toujours joui auparavant d'une excellente santé. Il se souvient cependant qu'étant jeune il avait des croutes au nez, au bord libre des paupières et que, pendant un an environ, il eut de la suppuration dans l'oreille gauche.

A l'examen du larynx, nous trouvons une pharyngite granuleuse catarrhale très intense.

Au laryngoscope : congestion intense et ramollissement des cordes vocales inférieures. La région inter-aryténoïdienne est rouge, tumé-

fiée, et la muqueuse qui recouvre les cartilages corniculés de Santorini est œdématiée. Le diagnostic de phymie laryngée n'offre aucun doute à notre esprit.

Percussion normale à droite. Matité à gauche.

A l'auscultation quelques craquements secs à droite, humides à gauche; expiration prolongée des deux côtés.

Nous avouons au malade que malgré tous les soins qu'il prendra, malgré tous les traitements qu'il pourra suivre, il est peu probable qu'il arrive à retrouver la santé, s'il conserve la position qu'il occupe.

Après une quinzaine de jours d'hésitation, M. X... consent à suivre notre conseil; il part pour la campagne dans le département de l'Eure. Nous lui avions prescrit une potion calmante, de l'huile de foie de morue, de l'arséniate de soude, des frictions tous les matins, des pulvérisations à l'acide phénique au 250e avec un pulvérisateur à vapeur; chlorhydrophosphate de chaux pendant les grandes chaleurs; jus de viande en dehors des repas.

Les sueurs nocturnes avaient disparu dès le début par l'emploi du sulfate d'atropine.

En janvier 1883, M. X..., nous adresse un malade qui nous donne de lui les meilleures nouvelles. L'été de 1879 lui fut très favorable, il reprit ses forces, engraissa de 2 kilos et au commencement de l'hiver, il ne toussait plus qu'une fois, le matin à son réveil. Sa voix était bien meilleure quoique encore un peu voilée. Il peut chanter maintenant et se compare aux gens les mieux portants et les plus robustes du pays, et son médecin est de son avis.

Les cas suivants sont dus au docteur Schmidt (1) qui les fait précéder de quelques réflexions : « J'ajoute quelques cas de guérison de longue durée et inédits. Ils sont peu nombreux puisque j'ai déjà publié la plupart des cas heureux.

Quant à la durée de la guérison, je puis dire que la femme dont il a été question dans mon premier ouvrage paru en 1880 dans le *Berliner für Klinische Medicin,* vit encore en bonne santé. L'ulcération qui siégeait à la paroi

(1) Lettre particulière.

postérieure et qui fut guérie en 1873 ne s'est plus jamais montrée. Des trois malades, dont j'avais mentionné la guérison dans mon premier travail, je n'en ai revu qu'un lequel est toujours bien portant. Son observation n'ayant pas été publiée la voici :

Observation XVIII.

M. M..., âgé de dix-sept ans, est le fils d'un petit employé. Il commence à tousser en 1875 et sa voix s'enroue ; il existe un catarrhe des deux sommets des poumons.

Les cordes vocales sont le siège d'ulcérations.

J'ordonne un traitement général et des inhalations à l'acide phénique : le malade guérit.

En 1876, il y a rechute de la maladie des poumons dont les sommets sont infiltrés de tubercules. Il fait une cure à Falkenstein, d'où il revient complètement guéri.

— Voici maintenant, brièvement résumés, les résultats obtenus en 1878 qui comptent 7 cas de guérison.

Observation XIX.

Le premier est celui de M. M..., qui n'avait qu'une chordite chronique avec infiltration assez considérable de la corde tout entière. Le poumon droit était également infiltré. Il est resté guéri malgré des pertes hémorroïdales de sang prolongées.

M. L..., qui avait une ulcération profonde de la corde vocale avec œdème de la paroi postérieure finit par guérir et, malgré une rechute en 1879, son larynx et ses poumons sont restés guéris.

M. K..., quarante-quatre ans, a une infiltration tuberculeuse du poumon droit jusqu'à la troisième côte. Des ulcérations profondes existent à la paroi postérieure et sur les cordes vocales inférieures. Il est resté guéri jusqu'à ce jour, quant au larynx et aux poumons.

Observation XX.

M^lle G..., vingt-neuf ans, maîtresse d'école, est enrouée depuis six mois; elle tousse chaque matin et la toux est suivie d'expectoration; elle a des sueurs nocturnes et a beaucoup maigri. Infiltration du poumon droit en avant et en arrière; exsudat pleurétique.

Ulcération profonde et arrondie dans l'angle antérieur de la glotte : guérison. En 1879, la pleurésie récidive et guérit. Je ne l'ai pas revue depuis cette époque.

Observation XXI.

M. K..., quarante-quatre ans, marchand : infiltration du sommet droit. Ulcération très profonde de la paroi postérieure en 1876 et 1877. Guérison. Je l'ai revu encore guéri il y a deux ans.

Observation XXII.

M^me Tr..., trente-deux ans, femme d'un musicien : en 1878, infiltration du poumon droit jusqu'à la seconde côte; deux ulcérations de la paroi postérieure ; traitement au baume de Pérou. Je l'ai revue guérie il y a quelques mois.

Observation XXIII.

M^me V..., vingt-cinq ans, veuve d'un garde-forêt, souffre d'un poumon depuis un an; en 1878, l'infiltration s'étend jusqu'à la deuxième côte; il existe des ulcérations superficielles aux cordes vocales. Guérison. En 1880, rechute de la maladie pulmonaire, mais le larynx est resté guéri. Je ne l'ai plus revue.

Observation XXIV.

Mlle M..., fille d'un petit marchand à Madbourg, dix-huit ans, vient me consulter en avril 1879.

Elle tousse depuis huit mois avec crachats puriformes; elle est enrouée depuis sept mois. Infiltration au sommet du poumon droit; ulcération profonde avec épaississement de la paroi postérieure du larynx; j'ordonne le baume de Pérou. Au mois d'août, on constate la guérison de l'ulcération laryngée et une grande amélioration de la maladie des poumons; la malade a pris de l'embonpoint. Je l'ai revue cette année, 1882, pour une maladie nerveuse. Les poumons et le larynx sont restés parfaitement guéris.

— J'ajoute quelque cas encore de l'année dernière dont la guérison me semble être bien établie.

Observation XXV.

Mme Sch... trente quatre ans, femme d'un négociant, me consulte le 14 juin 1881; elle est sujette aux bronchites et enrouée depuis seulement huit jours, à ce qu'elle dit. Je trouve le sommet du poumon droit infiltré; matité, expiration soufflante et craquements. Rougeur avec épaississement assez considérable de la paroi postérieure.

Le 22 Juilllet, tout en constatant que la paroi postérieure est moins tuméfiée, je découvre une ulcération à la face laryngienne; le 19 août, je constate la guérison. J'ai revu Mme Sch... il y a quelques mois; elle est en bonne santé.

Observation XXVI.

M. M... docteur en philosophie, vingt-neuf ans, me consulte le 13 janvier 1882. Il y a quatre ans, il a eu une hémoptysie sans saite immédiate. En novembre 1881, il acquiert un catarrhe laryngien avec une parèse des muscles internes; vers la fin de décembre, on trouve

de petites granulations sur le bord de la corde inférieure gauche et le bord de la corde droite ulcéré. Le sujet à maigri et il se sent mal portant; mais pas de fièvre, rien aux poumons.

Le traitement par les astringents commencé à Hambourg est continué. — Le 7 mars, je découvre sur la corde supérieure droite six petits points grisâtres,'que certainement chacun de nous aurait pris pour des tubercules miliaires, d'autant plus que l'on constatait ce jour-là une infiltration des deux sommets, plus accusée à droite où existent surtout en arrière de la matité et des râles sous-crépitants, qu'à gauche où il y a quelques râles sans matité. Le lendemain les points grisâtres ont diminué d'étendue et ils disparaissent en trois jours sans laisser de trace. J'ai observé un fait à peu près analogue chez un autre phtisique qui portait à la partie supérieure de la trachée environ une quinzaine de petits points grisâtres et semblables aux tubercules miliaires. Ils disparurent en huit jours, mais le malade succomba l'année suivante. Peu à peu l'ulcération de la corde droite s'étendit en arrière et elle s'épaississait. Je commençai alors les insufflations quotidiennes d'iodoforme qui furent continuées pendant six semaines; puis je revins au nitrate d'argent; grâce à ces moyens et au traitement général, je réussis à faire rétrograder tous les symptômes et, après une cure à Gurnigel, en Suisse, j'eus le plaisir de voir revenir le malade guéri. Je l'ai revu le 3 novembre 1882 en bonne santé.

A ces faits, M. Schmidt ajoute quelques réflexions. « Je pourrais vous citer encore beaucoup d'autres cas, surtout des cas de guérison du larynx, sans guérison des poumons. Mais je crois que les faits communiqués vous prouveront qu'on peut guérir la maladie, quoique rarement, et que la guérison peut durer. »

Nous ne pouvons reproduire ici les faits publiés en 1880, par M. Schmidt, dans le *Berliner Für Klinische Medicin*. Mais voici quelques nouveaux détails fournis sur ces faits par l'auteur lui-même. « Page 12 : n° 1, est resté guéri deux ans; il a eu une rechute au mois de juillet de cette année (1882), dont il commence à se remettre;— n° 2, est en bonne santé, je l'ai revue au mois de mars; —

nos 3 et 4, je n'ai pas eu de nouvelles. Page 13 : no 3, est complètement guérie, ainsi que les nos 4 et 6; — no 2, est mort; no 5, se porte mal, on a dû lui faire la trachéotomie; je n'ai pas eu de nouvelles des nos 1 et 7. »

Les trois faits suivants sont dus à M. le docteur Porter (1).

Observation XXVII.

M. H..., âgé de quarante et un ans, d'Arkansas, fut vu le 9 octobre 1878. Pas d'antécédents.

Hémoptysie une semaine avant.

A l'examen, gonflement sur les aryténoïdes, infiltration prononcée des bandes ventriculaires. La muqueuse inter-aryténoïdienne est érodée, les cordes rouges.

Expiration rude et prolongée au niveau du sommet gauche.

Traitement général et local.

Deux ans et demi après, l'auteur le revoit et, depuis un an, il se trouve bien. A l'examen, simple congestion des cordes, due probablement à l'exposition au froid la nuit précédente. Rien au poumon.

Observation XXVIII.

Mlle M..., de Saint-Louis, vingt-trois ans. Examinée le 25 novembre 1878. Mère morte phtisique. A maigri, et, depuis deux mois, est enrouée.

Examen laryngoscopique. Gonflement de la muqueuse du larynx, surtout à droite; pas d'ulcération. La muqueuse de l'aryténoïde droit est infiltrée et empêche le rapprochement des cordes.

Râles sous-crépitants, au sommet du poumon droit.

Treize mois après, sa voix est presque redevenue normale. A peine un peu de gonflement sur le cartilage aryténoïde.

Au poumon, à peine expiration prolongée.

(1) Arch. of Laryngology, N.-Y. 1881.

Observation XXIX

Miss Huison, vingt-deux ans, vint consulter le 26 septembre 1880, pour un enrouement qui durait depuis six mois.

Pas d'antécédents.

Irritation au niveau de l'aryténoïde gauche et du repli ary-épiglottique; la corde vocale de ce côté était tuméfiée, irrégulière. Ce côté se mouvait mal. Signes évidents au sommet gauche.

Le 20 octobre, hémoptysie.

Trois semaines après, une deuxième.

Enfin, depuis quelque temps, elle va mieux; l'appétit est bon; elle tousse peu et sa voix, quoique faible, est claire et distincte ; il reste encore un peu de tuméfaction au niveau de l'aryténoïde.

Le poumon n'offre plus que de la rudesse, du murmure respiratoire et de l'expiration prolongée.

Enfin M. Bayer nous écrit : « J'ai obtenu plusieurs fois la guérison complète de la phtisie laryngée et j'en possède trois observations bien avérées. Dans un cas, le malade est atteint de phtisie pulmonaire, après avoir été complétement guéri de son larynx. Enfin, il en est d'autres, que je range parmi les améliorations notables, dans lesquels la maladie est *restée stationnaire* pendant des années.

Parmi les trois cas précédemment cités se trouve un notaire de H... que j'entrepris seulement de soigner sur l'insistence d'un confrère, parent du malade; car je n'avais aucune confiance dans un succès éventuel.

Cependant, un an après, le malade était radicalement guéri et aujourd'ui encore il jouit d'une santé parfaite. »

De son côté, M. Capart, après avoir dit que d'autres auteurs ont constaté, rarement il est vrai, la guérison de la maladie, en rapporte lui-même trois exemples. (*Loc. cit.*, p. 60). Il nous serait facile d'en ajouter un grand nombre

d'autres; mais les faits déjà produits suffiront, croyons-nous, à rendre moins sombre le pronostic de la tuberculose laryngée. S'il en est ainsi, le but que nous nous étions proposé aura été atteint.

CONCLUSIONS

Pour nous résumer, nous dirons :

1° L'étude clinique de la tuberculose laryngée nous amène à lui reconnaître trois formes : aiguë, subaiguë et chronique ;

2° Cette classification n'est pas basée, comme les précédentes, sur l'état des lésions considérées à un moment donné ou sur les périodes de la maladie, mais bien sur son début, ses manières d'être, sa marche et sa terminaison variables, en un mot sur sa physionomie générale ;

3° La forme aiguë est essentiellement caractérisée par la *généralisation* des lésions, par la congestion intense des tissus, puis des ulcérations multiples et un gonflement inflammatoire très accentué, et avant tout par la rapidité de son évolution ;

4° La forme chronique, au contraire, se fait remarquer par le petit nombre et le peu d'étendue des lésions qui n'existent qu'en certains points, presque toujours déterminés, par leur tendance à rester longtemps stationnaires si rien ne vient contrarier leur marche, par la pâleur des tissus, par des troubles fonctionnels moins prononcés, enfin, par sa longue durée ;

5° La forme subaigue est intermédiaire aux précédentes ; si les lésions y sont confluentes, comme dans la forme rapide, elles résistent moins au traitement, ce qui la rapproche de la forme lente ; sa caractéristique est de procéder par poussées successives, coïncidant ou non avec les poussées pulmonaires et le plus souvent aggravées par elles ;

6° Le pronostic varie également ; il est toujours fatal dans la forme aiguë ; la seconde forme est susceptible de s'améliorer et, même, de guérir quelquefois ; quant à la forme subaigue, son issue est le plus souvent fâcheuse, mais elle peut devenir, jusqu'à un certain point favorable, lorsque sous l'influence de la médication, elle passe à l'état chronique ;

7° Dans le traitement de la tuberculose laryngée, la médication générale s'impose et c'est elle qu'il conviendra d'instituer tout d'abord, pour cette raison, que l'on se trouve en présence d'un individu présentant, non-seulement des accidents locaux, mais des accidents qui trahissent l'existence d'une maladie constitutionnelle.

Le traitement local, non moins indispensable, devra consister : 1° en révulsifs appliqués fréquemment au-devant du cou dans les cas d'inflammations aigues ; 2° en applications topiques, telles que pulvérisations phéniquées, créosotées, balsamiques ou morphinées et bromo-morphinées, si la dysphagie est intense ; attouchements légèrement astringents avec des solutions iodo-iodurées faibles, créosotées, etc., et même gargarismes (bains de gorge iodo-iodurés, créosotés, etc.), s'il existe des lésions extra-laryngées (épiglotte, région aryténoïdienne) que le liquide du gargarisme puisse atteindre facilement.

Il est bien entendu que, dans la forme inflammatoire, surtout dans les cas d'œdème très prononcé, il faudra

s'abstenir de tout attouchement direct de quelque nature qu'il soit, car il serait à la fois inutile et dangereux ; les gargarismes et pulvérisations seront seuls employés.

Enfin, nous rejetons de la manière la plus absolue, le séjour au bord de la mer et toute médication irritante, telle que l'usage des sulfureux (intus et extra), comme exerçant la plus fâcheuse influence sur la marche de la maladie.

Ajoutons que si la trachéotomie est parfois utile et même nécessaire pour parer au plus pressé et sauver la vie du malade, les avantages fournis par la dilatation du larynx au moyen des tubes de Schrötter, et par les scarifications, nous paraissent beaucoup moins démontrés.

Vu bon à imprimer :
Le Président de Thèse :
A. PITRES.

Vu le doyen de la Faculté,
DÉNUCÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Bordeaux.
H. OUVRÉ.

EXPLICATION DES FIGURES

1. — Larynx normal vu au moment de l'inspiration; les cordes vocales écartées de la ligne médiane laissent apercevoir la muqueuse trachéale.

2. — Tuberculose laryngée chronique : Œdème dur des replis ary-épiglottiques, ulcération occupant la partie postérieure de la bande ventriculaire droite; les cordes vocales sont déchiquetées sur leurs bords et celle du côté droit disparait en partie sous la bande ventriculaire tuméfiée.

3. — Tuberculose laryngée subaiguë : L'épiglotte est œdématiée et ulcérée, les règles ary-épiglottiques et tuméfiés et les cordes vocales éradées.

4. — Tuberculose miliaire du Larynx, les bandes ventriculaires offrent un nombre considérable d'ulcérations ventriculaires et un semi de granulation jaunâtre en voie de ramollissement, toutes ces parties sont le siège d'une suppuration assez abondante.

5. — Tuberculose subaigüe, le larynx est vu au moment d'une poussée aigüe occasionnée par l'absorption de vapeurs sulfureuses. Tout le larynx est enflammé, et l'on aperçoit au-dessous de la corde droite la muqueuse de la trachée œdématiée (Œdème sous-glottique). La malade est aujourd'hui guérie (Voir observat.).

6. — Forme chronique de l'affection. Œdème des replis ary-épiglottiques, gonflement de la muqueuse inter-aryténoïdienne qui est ulcérée et empêchent l'affrontement des rubans vocaux au moment de la phonation.

7. — Forme aigüe, l'épiglotte est fortement œdématiée empêchant de voir l'intérieur du larynx, les replis ary-épiglottiques sont également tuméfiés et l'on voit du côté gauche une ulcération en voie de suppuration. (Le Dr Solis Cahen a publié récemment un cas à peu près analogue *in Amér. Jour. of méd. sc. 1883*).

8. — Forme aigüe. L'épiglotte est églement œdématiée et en partie détruite par le processus ulcéreux, la muqueuse des replis aryténoïdiens est également œdématiée et ulcérée du côté gauche, l'ulcération se continue sur la bande ventriculaire de ce côté.

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie : De l'oreille moyenne.

Physiologie : Usage du nerf facial.

Chimie : Des diverses formations ; leur théorie et leurs produits.

Histoire naturelle : Des races humaines et de leurs principaux caractères.

Pathologie externe : La pourriture d'hôpital.

Pathologie interne : De l'œdème de la glotte.

Pathologie générale : De la thrombose.

Histologie et anatomie générale : Glandes salivaires. — Salive.

Anatomie pathologique : Des carcinomes.

Médecine opératoire : Des traitements des déviations des membres inférieurs.

Pharmacologie : Des émulsions.

Matière médicale : De la cantharide et des substances vésicantes en général.

Thérapeutique : Les aconits et l'aconitine.

Hygiène : De la transmissibilité de la tuberculose par le milieu athmosphérique et par les substances alimentaires.

Médecine légale : De l'empoisonnement par les substances toxiques d'origine végétale.

Accouchements : Données fournies par le toucher dans le diagnostic de la grossesse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Morgagni. — Epist. 13 et 15, 17, 64.
Double. — Mémoire sur la pht. laryngo-trachéale. Paris, 1806.
Sauvée. — De la pht. lar. Th. Paris, 1806.
Laignelet. — Recher. sur la pht. lar. Th. Paris, 1806.
Papillon. — Du larynx et de la pht. lar. Th. Paris, 1812.
Lépine. — De la pht. lar. Th. Paris, 1816.
Pravaz. — De la pht. lar. Th. Paris, 1824.
Borsieri. — Instit. medic. pratic. Berolini, 1826.
Trousseau et Belloc. — Mémoire sur la pht. lar. Paris, 1837.
Colombat. — Tr. des mal. et de l'hygiène des organes de la voix, 2e éd. Paris, 1838.
Louis. — Recher. anatomo-pathol. sur la phthisie. Paris, 1843.
Dufayet de Latour. — De la pht. lar. Th. Paris, 1846.
Sestier. — Traité de l'angine laryngée œdémateuse. Paris, 1852.
Cazenave. — Rech. cliniques sur les Eaux-Bonnes. Paris, 1854.
Rokitanski. — Tr. d'anat. path. Vienne, 1854.
Durand-Fardel. — Traité thérapeutique des eaux minérales. Paris, 1857.
Rhüle. — Die kehlkopfskrankeit. Berlin, 1861.
Türck. — Rech. cliniques sur diverses mal. du larynx. Paris, 1862.
Grisolle. — Traité de path. int. Paris, 1862.
Forest. — De la laryngite ulcéreuse. Th. Paris, 1863.
Empis. — De la granulie. Paris, 1865.
Tobold. — Die krank. kehlk. Berlin, 1866.
Virchow. — Pathologie des tumeurs. Trad. par Aronsshon.
Hérard et Cornil. — De la pht. pulmonaire Paris, 1867.
Cheyne. — The path. of the membr. of larynx and trachea. Edim. 1869.
Niemeyer. — Path. int. Trad. par Culmann et Sengel. Paris, 1869.
Jaccoud. — Tr. de path. int. Paris, 1869.
Mandl. — Tr. prat. des mal. du larynx. Paris, 1872.

Deel. — De la pht. lar. Th. Paris, 1872.
Thaon. — Rech. sur l'anat. path. de la tuberculose. Paris, 1873.
Bergeaud. — Rech. sur la nature et le trait. des manifestations lar. de la tuberculose. Paris, 1873.
Coyne. — Th. Paris, 1874.
Pidoux. — Etudes gén. et prat. sur la phtisie. Paris, 1873.
N. Gueneau de Mussy. — Clinique médicale. Paris, 1874.
Paul Koch — De la pht. lar.; Th. Nancy, 1875.
E. et G. Bœckel. — Dict. de Jaccoud. Art. Larynx.
Krishaber et Peter. — Dict. de Dechambre. Art. Larynx.
Isambert. — Ann. des mal. du larynx. T. I, 1875.
Marcet. — The Lancet, 1875.
James Sawyer. — The Lancet, janvier 1875.
Isambert. — Conférences cliniques. Paris, 1877.
Capart.—Essai sur la laryngite ulcéreuse des phthisiques. Th. Brux. 1877.
Dolèris. — Rech. sur la tuberculose du larynx.
Pelan. — Etude clinique sur la pht. lar. Th. Paris, 1878.
Bordenave. — De la laryngite tuberculeuse. Th. Paris, 1878.
Solis-Cohen. — New-York Med. Record, n° 25, 1878.
Beverlé Robinson. — Ulcerative Phtisical laryngitis. Americ. Journal Scienc., avril 1879.
Heinze. — Die Kehlkopfschwinsucht. Leipzig, 1879.
Laveran et Tessier. — Path. et clinique médicales. Paris, 1879.
Schmidt. — Archiv. für Klinische Medizin de Ziemssen, 1879.
Semon. — London Medic. Record, 15 avril 1879.
Moure. — De la tuberculose et de la syphilis laryngées, Paris, 1879.
Lebert. — Traité clinique et prat. de la pht. pulm. Paris, 1880.
Barth. — De la pht. du larynx et de l'angine tuberculeuse. Paris, 1880.
Lavenère-Lahont. — Des troubles fonctionnels de la tub. lar. chron. Th. Paris, 1880.
Sokolowsky. — Quelques remarques sur les complications laryngées de la pht. pulm. Th. Paris, 1880.
Bosworth. — A manual of diseases of the throat and nose. N.-Y., 1881.
Cadier. — Manuel de Laryngoscopie. Paris, 1880.
Krishaber. — Communic. au Congrès de Londres. Séance du 4 avril, 1881.
Tessier. — Syphilis et Tuberculose dans le larynx. Paris, 1881.
Lancereaux. — Ann. des mal. du larynx. Paris 1881.
Jaccoud. — Curabilité et trait. de la pht. pulm. Paris, 1881.
William Porter. — Arch. of Laryngology, n° 1, 1881.
Gouguenheim. — De la laryngite tuberculeuse. Paris, 1881.
Beyerley Robinson. — Complications laryngiennes de la pht. pulm. Arch. of Laryngology. N.-Y., n° 4, 1881.

Ariza. — Reseña del primer ejercicio del Inst. de therapeutica operatoria del hospital de la Princesa. Madrid, 1881.
Schnitzler. — De la tuberculose miliaire du larynx et du pharynx. Wieni. med. Presse, nos 20, 23 et 26, 1881.
Morell-Mackenzie. — Tr. prat. des mal. du larynx, trad. par Moure et Bertier. Paris, 1882.
Schmidt.— Communication au Congrès de Milan. Compte-rendu par Labus. Milan, 1882.
Schiffers. — Du trait. de la pht. du larynx. Liège, 1882.
Serrand. — Renseignements sur Cauterets. Paris, 1882.
Delbastaille et Troisfontaines.—Du pansement à l'iodoforme. Liége, 1882.
Biefel. — St-Peters. Med. Wochens, n° 32. Arch. für Klin. Med. XXX, 5, 6, 1882.
Prosser James. — Communication au Congrès de Milan, 1882.
Joal. — Des lésions du larynx chez les tuberculeux. Paris, 1882.
Bayer. — Communication particulière, 1882.
Williamson. — Brit. med. Journal, août 1882.
Bird. — Trait. de la pht. lar. N.-Y. Med. Record, janv. 1882.
Brebion. — De l'aspect velvétique. Th. Lyon, 1882.
Ferrand. — De la forme dysphagique de la pht. laryngée. Th. Paris, 1882.
Masucci. — Arch. Ital. di Laryngol, 15 octobre 1882.
Rossbach. — Berlin. Klin. Wochens., n° 2, 1882.
Butz. — Berlin. Klin. Wochens., n° 2, 1882.
Beetz. — Berlin Klin. Wochens., fasc. 2, 1882.
Roe. — De la valeur comparée des liquides pulvérisés dans le trait. des mal. du larynx. Arch. of Laryng. N.-Y., avril 1882.
Frankel. — Berl. Klin. Wochens, n° 4, 1883.
Balmer Habsart. — Du trait. de la tub. lar. — Zeischr. für Klin. med. Bd. V. Hefft 3, 1883. Allg. med. Centralzeit., n° 12, 1883.
Solis-Cohen. — De la tuberculose du larynx. Ameríc. Journ. of med scienc, janvier 1883.
Beverley Robinson. — Laryngite tuberculeuse, valeur de la trachéotomie. Th. med. Record, mars 1883.
Schmidt. — Communic. partic.
Schrotter. —
Zarwerthal. —

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1
HISTORIQUE 9

PREMIÈRE PARTIE

Chapitre premier.

DÉFINITION 17
I. — Classification, tuberculose laryngée primitive, secondaire laryngite des tuberculeux 17
A. — *Tuberculose laryngée primitive* 18
B. — *Tuberculose laryngée secondaire* 21
C. — *Laryngite des tuberculeux* 22
II. — Des périodes de la tuberculose laryngée 24
III. — Classification basée sur la physionomie générale et la marche de la maladie 26

Chapitre II

DES FORMES CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

I. — Forme aiguë 32
A. — *Symptômes objectifs* 33
B. — *Troubles fonctionnels* 45
Tuberculose laryngée miliaire aiguë 55
II. — Forme subaiguë 58
Symptômes objectifs 59
Troubles fonctionnels 65
III. — Forme chronique 64
A. — *Symptômes objectifs* 65
B. — *Symptômes fonctionnels* 87

Deuxième partie.

PRONOSTIC 94

Troisième partie.

TRAITEMENT : *général* 103
local 104
OBSERVATIONS 141
CONCLUSIONS 165
Planche I 81
Planche II 169